# PARIS MÉDICAL

## LXXXII

# PARIS MÉDICAL

**PARIS MÉDICAL** paraît tous les **Samedis** (depuis le 1er décembre 1910). Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

**Paris, France et Colonies : 50 francs** (frais de poste actuels inclus). En cas d'augmentation des frais de poste, cette augmentation sera réclamée aux abonnés.

**Belgique et Luxembourg** (frais de poste compris) : **75 francs français.**

**TARIF n° 1. — Pays accordant à la France un tarif postal réduit :** Allemagne, Argentine, Autriche, Brésil, Bulgarie, Chili, Cuba, Égypte, Équateur, Espagne, Esthonie, Éthiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Mexique, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Suisse, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla :

**95 francs français ou l'équivalent en dollars, en livres sterling ou en francs suisses.**

**TARIF n° 2. — Pays n'accordant à la France aucune réduction sur les tarifs postaux :** Tous les pays autres que ceux mentionnés pour le tarif n° 1 : **120 francs français ou l'équivalent en dollars, en livres sterling ou en francs suisses.**

Adresser le **montant des abonnements à la librairie J.-B. BAILLIÈRE et FILS, 19, rue Hautefeuille, à Paris.** On peut s'abonner chez tous les librairies et à tous les bureaux de poste.

Le premier numéro de chaque mois, consacré à une branche de la médecine (Prix : 3 fr.).

Le troisième numéro de chaque mois, consacré à une branche de la médecine (Prix : 2 fr. 50).

Tous les autres numéros (Prix : 75 cent. le numéro. Franco : 90 cent.).

## ORDRE DE PUBLICATION DES NUMÉROS SPÉCIAUX POUR 1932.

**2 Janvier**.... — Tuberculose (direction de LEREBOULLET).

**16 Janvier**.... — Dermatologie (direction de MILIAN).

**6 Février** .... — Radiologie (direction de DOGNON).

**20 Février** .... — Maladies de l'appareil respiratoire (direction de BAUDOUIN).

**5 Mars** ..... — Syphiligraphie (direction de MILIAN).

**19 Mars** ..... — Cancer (direction de REGAUD).

**2 Avril**...... — Gastro-entérologie (direction de CARNOT).

**16 Avril**...... — Eaux minérales, climatologie, physiothérapie (direction de RATHERY).

**7 Mai** ...... — Maladies du cœur et des vaisseaux (direction de HARVIER).

**21 Mai** ...... — Maladies du foie et du pancréas (direction de CARNOT).

**4 Juin** ..... — Maladies infectieuses (direction de DOPTER).

**18 Juin** ..... — Pathologie ostéo-articulaire et chirurgie infantile (direction de MOUCHET).

**2 Juillet**..... — Maladies de la nutrition, endocrinologie (direction de RATHERY).

**16 Juillet**..... — Médicaments et pharmacologie (direction de TIFFENEAU).

**6 Août**..... — Psychiatrie (direction de BAUDOUIN).

**3 Septembre**. — Ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, stomatologie (direction de GRÉGOIRE).

**1er Octobre**.. — Maladies nerveuses et mentales (direction de BAUDOUIN).

**15 Octobre**... — Maladies des voies urinaires (direction de GRÉGOIRE et RATHERY).

**5 Novembre**. — Maladies des enfants (direction de LEREBOULLET).

**19 Novembre**. — Médecine sociale (direction de BALTHAZARD).

**3 Décembre**. — Thérapeutique (direction de HARVIER).

**17 Décembre**. — Gynécologie et obstétrique (direction de SCHWARTZ).

**Il nous reste encore quelques années de 1911 à 1931 au prix de 60 francs chaque.**
**(15 % en sus pour le port).**

CORBEIL. — Imprimerie CRÉTÉ.

# PARIS MÉDICAL

## LA SEMAINE DU CLINICIEN

**Fondé par A. GILBERT**









**LXXXII**

**Partie Paramédicale**

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, ÉDITEURS

*19, RUE HAUTEFEUILLE, PARIS*

1931

# TABLE ALPHABÉTIQUE

## (Partie Paramédicale, tome LXXXII)

*Juillet 1931 à Décembre 1931*

# VARIÉTÉS

## LE LABORATOIRE DE CONTRÔLE DES MÉDICAMENTS ANTISYPHILITIQUES

Par Ch. RICHET fils et R. COQUOIN.

Aux temps héroïques de l'arsénothérapie, les cas de mort, après injection des arsénos, étaient nombreux.

A l'heure actuelle, ils sont exceptionnels. Pourquoi ? La substitution, en pratique médicale, du 914 au 606, une meilleure connaissance de la posologie et des contre-indications, une fabrication mieux réglée, telles sont les causes essentielles de ce fait.

La part qu'il faut faire jouer au contrôle systématique des arsénos n'est pas moindre ; moins souvent utile pour les arsenicaux pentavalents qu'on obtient purs et cristallisés, il est indispensable pour les arsénoïques.

Depuis fort longtemps, il a été organisé par nombre de firmes, soit en France, soit à l'étranger. Dans leurs laboratoires, elles étudient l'activité et la toxicité du produit qu'on vient de fabriquer. Cet essai est fait pour chaque série de fabrication, souvent même en deux endroits différents.

Si cet essai est satisfaisant, quelques industries confient à un syphiligraphe averti quelques échantillons de cette série dont on vérifie l'efficacité thérapeutique sur l'homme et l'absence de toxicité.

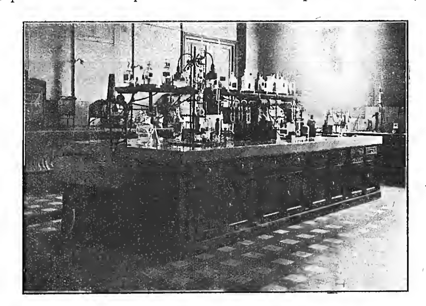
On voit les précautions prises par les industriels pour éviter des accidents, et nous ne trahirons, croyons-nous, aucun secret en disant que certaines séries ont dû être éliminées par eux à la suite de ces essais. Pourtant, malgré ces précautions, l'expérience a montré qu'une série défectueuse pouvait échapper, d'où la nécessité de doubler ce contrôle privé par un contrôle officiel.

En France, il existe depuis 1928, pour les médicaments antisyphilitiques distribués aux dispensaires dépendant du ministère de l'Hygiène.

Les deux laboratoires de chimie et de physiologie, d'abord séparés, ont été réunis sous la direction générale d'un membre de l'Académie.

Ce sont ces laboratoires dont nous publions ici quelques photographies.

Voici comment en est établi le fonctionnement : les échantillons des différentes séries sont d'abord étudiés au double point de vue chimique et physiologique. Puis, quand elles sont reconnues bonnes, elles sont acceptées. A ce moment, on envoie toute la série dans l'entrepôt annexé au laboratoire, et un nouvel essai est fait. S'il est satisfaisant, la série est envoyée aux dispensaires.



Laboratoire de chimie (fig. 1).

Ainsi, au moins, trois essais ont été faits : un (souvent deux) par l'industriel, et deux par le laboratoire officiel.

Les essais effectués au laboratoire sont de deux ordres : chimiques et physiologiques.

**Chimique.** — Le laboratoire de chimie est chargé, dans le domaine qui le concerne, de l'examen des médicaments arsenicaux, mercuriels et bismuthiques.

Il dispose à cet effet d'une organisation moderne, bien adaptée à la nature des recherches qui y sont entreprises, aussi bien du point de vue chimique (dosage des éléments, des fonctions, etc.) que du point de vue des mesures physiques (constantes diverses, mesure des potentiels, spectrophotométrie, etc.).

# VARIÉTÉS *(Suite)*

L'étude et le contrôle des arsénobenzènes sont les objets principaux de l'activité du laboratoire; nous n'en exposerons que les grandes lignes. Envisagé dans son sens le plus large, le contrôle d'un arsenobenzène comporte l'examen de ses caractères physiques et chimiques, le dosage de son principe actif, la recherche des altérations ou des impuretés qu'il peut contenir et, enfin, l'étude de sa stabilité et de ses conditions de conservation.

On sait que ses composés sont de nature très complexe et ne peuvent être exactement définis comme le sont la plupart de ceux que la chimie met à notre disposition. Pour chacun des produits examinés, il est nécessaire de réunir un certain nombre de données analytiques avant de procéder à leur essai physiologique. Ces données ne se conditionnent d'ailleurs pas mutuellement et n'acquièrent de valeur que par leur ensemble.

En dehors des essais prescrits par les pharmacopées et qui comportent, en particulier, le dosage de l'arsenic, du soufre, du pouvoir réducteur, etc., nous indiquerons l'importance qu'on doit attribuer à l'étude des conditions de stabilité de ces médicaments. Celle-ci peut varier dans de larges limites : certains d'entre eux présentent, en effet, déjà des signes manifestes d'altération à des températures n'excédant pas 20 à 25°. Ces conditions sont souvent remplies pendant l'été et quelquefois même en hiver dans certaines salles de consultation. La toxicité des arsénobenzènes croît alors rapidement et peut réserver de graves surprises au moment de leur utilisation.

L'organisation actuelle du Service de contrôle met en œuvre tous les moyens utiles pour assurer la plus grande marge de sécurité possible au praticien. A cet effet, un centre de répartition lui a été adjoint qui approvisionne au fur et à mesure de leurs besoins tous les dispensaires de l'État. Chaque série y est l'objet de plusieurs examens, soit au moment de sa fabrication, soit à sa livraison, soit même aux dispensaires dans les réserves desquels des prélèvements sont effectués.

Ce centre distribue, à l'heure actuelle, un million et demi d'ampoules par an. Pour constituer les stocks nécessaires à cette consommation, des magasins spécialement aménagés et refroidis à — 5° sont en voie de réalisation et permettront bientôt de compléter efficacement les mesures déjà prises par l'Académie.

**Physiologie.** — L'essai physiologique, tel que l'envisage le Codex, porte exclusivement sur la toxicité; en fait, on est amené à vérifier souvent le pouvoir thérapeutique.

Pour cet essai toxique, le Codex français autorise l'usage soit de la souris, soit du lapin. Il nous paraît peu intéressant d'entrer dans tous les détails techniques, et nous croyons préférable d'attirer l'attention sur différents points qui ont provoqué un nombre important de recherches.

Le choix des animaux par exemple. Pour les souris, on a remarqué que la sensibilité des souris de même poids était loin d'être identique. Aussi a-t-on préconisé dans les laboratoires analogues aux nôtres d'opérer toujours avec des souris de même race et, en même temps, de faire de temps à autre une injection de 606 ou de 914, étalons fournis par le laboratoire de Kolle et conservés à la glacière.

Nous avons donc été amenés à créer un élevage de souris; celui-ci est en progression constante et nous permet de sélectionner une race homogène.

Autant les élevages peu nombreux sont faciles à obtenir, autant les élevages importants sont délicats. Une série de problèmes se sont présentés : nourriture, cages, répartition des couples ou des ménages à trois, isolement des mères pleines, chauffage, etc., problèmes qu'on soupçonne seulement le jour où on a à les résoudre.

Nous avons aussi commencé un élevage de rats blancs, car ces animaux rendent service également dans l'étude des arsénobenzènes.

Pour le lapin, il y a avantage à le laisser quelque temps vivre au laboratoire avant de l'injecter, pour qu'il s'habitue au changement de nourriture, à sa cage, etc.

La sensibilité des lapins n'est pas toujours la même. En effet, il semble que la dose toxique (par kilo) soit différente suivant le poids de l'animal. Les gros animaux adultes dépassant 2kg, 400 sont plus résistants que les animaux de poids inférieur, adultes également et en bonne santé. Nous avons pu voir sur une série de 800 lapins que la dose toxique dépendait plutôt de la surface que du poids. Ce fait avait déjà été signalé par différents auteurs.

D'autre part, il nous a semblé que le lapin vivant à la campagne était moins sensible que le lapin vivant à Paris depuis quelque temps. L'alimentation joue sûrement un rôle; il convient de se méfier des choux et du pain (qui moisit dans les cages). On rejettera les lapins albuminuriques.

Enfin, il est certain qu'au printemps les lapins, qui font fréquemment des pasteurelloses, sont particulièrement sensibles, d'où la nécessité de faire l'autopsie des lapins qui ont succombé à l'infection d'épreuve.

Les résultats ont besoin également d'être interprétés; par exemple, la mort d'un lapin n'a pas la même valeur si elle survient dans les douze ou vingt-quatre heures premières (ce qui est exceptionnel) ou si elle survient le sixième jour. La mort

# VARIÉTÉS *(Suite)*

précoce est certainement le fait d'une intoxication arsénoïque, la mort tardive (même le sixième jour) peut être due à une intoxication arsenicale banale. A la dose de 0gr,25 par kilo de novarsénobenzol injecté, le lapin meurt très souvent, mais tardivement. Naturellement, ces morts, qui sont sous la dépendance d'une néphrite ou d'une hépatite, sont à rattacher à une intoxication arsenicale banale, et on ne les mettra pas à l'actif de l'intoxication arsénoïque.

Dans l'ensemble de la tâche importante que constitue l'examen des arsénobenzols, il est un double écueil entre lesquels il convient de naviguer. Une trop grande sévérité lèse des intérêts légitimes et perturbe un service délicat. Une négligence de contrôle risquerait de laisser passer un produit médiocre.

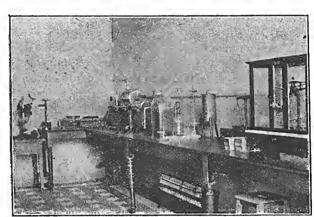
Le Codex français n'exige pas le contrôle d'activité demandé dans d'autres pays. Cependant, à notre avis, de temps à autre, il doit être vérifié. C'est ce que font d'ailleurs de nombreux laboratoires industriels (1).

La plupart des examens pratiqués dans le but de vérifier l'action thérapeutique sont faits, dans les laboratoires étrangers, sur la souris (ou le rat) infectée de trypanosomes (*Nagana*, *equiperdum*, etc.). D'autres laboratoires, au contraire, comme celui de M. Levaditi et comme nous le préférons, utilisent le lapin syphilitique. Ce qui nous semble plus rationnel.

L'organisation de ce laboratoire exigeait une bibliothèque ; nous consacrons donc une somme d'une certaine importance à l'achat de divers livres et de revues indispensables aux chercheurs pour faire de ce laboratoire un centre de recherches dirigé évidemment, mais non exclusivement, dans un sens un peu spécial. C'est dire qu'il convient d'avoir à la fois des ouvrages de chimie et de biologie spécialisés et des revues ou des livres d'un ordre plus général.

L'utilité d'un tel laboratoire avait jadis été contestée.

Pourtant, dans les laboratoires de deux grands pays, les savants qui les dirigeaient ont fait remarquer à l'un de nous que, depuis le contrôle, les produits s'étaient notablement améliorés. D'autre part, en France, si, dans l'ensemble, les produits satisfont aux conditions d'un contrôle sévère (2), nous avons eu parfois l'occasion de trouver des produits moins parfaits dont, par mesure de précaution, nous avons demandé le retrait. Deux fois nous avons rencontré un produit qui aurait, à notre avis, été spécialement dangereux à manier et déterminait un choc constamment mortel chez le lapin. Il nous est arrivé également d'arrêter, jusqu'à ce qu'il se présente dans de meilleures conditions, une marque d'un produit arsenical dont les conditions de conservation (humidité et absence de vide) étaient franchement mauvaises, produit peu toxique à la réception, mais qui le serait très rapidement devenu. Lorsque, après le refus, ce produit fut représenté au laboratoire, il était devenu meilleur.



Appareils de mesures physiques (fig. 2).

(1) Jusqu'à présent, les échantillons bismuthiques ou arsenicaux que nous avons étudiés nous ont toujours montré une activité thérapeutique voisine de leur activité thérapeutique théorique.

(2) La dose toxique par kilo, pour le 606, est chez le lapin de 12 centigrammes ; pour le 914, de 25 centigrammes par voie intraveineuse ; pour les sulfarsénols, de 30 centigrammes.

Pour la souris, elles sont d'un tiers plus élevées. On voit donc la marge qu'il y a entre les doses expérimentées chez l'animal et la dose utilisée par l'homme. Par kilo, la dose thérapeutique maxima humaine est environ quinze fois plus faible que la dose toxique chez le lapin, c'est-à-dire que, sauf prédisposition particulière du malade et sous réserve d'une sensibilité égale chez le lapin et chez l'homme, un produit qui a satisfait à l'examen ne peut à ce moment être dangereux en clinique.

# VARIÉTÉS *(Suite)*

Ce sont peut-être là des faits d'exception, ils justifient néanmoins l'étude systématique que l'on fait de ces médicaments avant de les livrer aux dispensaires.

Des perfectionnements d'ensemble pourraient sans doute être apportés. Avant tout, il y aurait intérêt à ce que les méthodes employées dans l'ensemble des laboratoires analogues soient unifiées. Certains pays emploient la souris et le rat; d'autres, la souris et le lapin. La dose toxique avec laquelle on explore les animaux est différente. Le nombre d'animaux qui doit survivre n'est pas forcément le même. Dans le Codex de chaque pays on peut puiser des éléments qui permettent de perfectionner le contrôle. On devrait également (et ceci n'est appliqué dans aucun pays) préciser la durée ou les conditions exactes de conservation pour les 606, 914 et sulfarsénols.

Une extension de ce laboratoire est, croyons-nous, tout indiquée.

En principe, il est limité aux seuls produits antisyphilitiques utilisés dans les dispensaires du ministère de l'Hygiène. Il y aurait avantage à l'étendre aux mêmes produits délivrés pour l'Assistance publique ou la clientèle privée. D'autre part, il n'y aurait aucun inconvénient à généraliser le contrôle à nombre d'autres produits, en particulier à l'étalonnage des produits biologiques. Par exemple, au laboratoire d'hygiène de Washington, le professeur Vœtglin contrôle l'ensemble des produits biologiques des États-Unis; à Londres, le professeur Dale examine ég alemen nombre d'échantillons, arrivant ainsi à chiffrer leurs propriétés pharmacodynamiques.

En France, si le contrôle de la vaccine et celui des eaux minérales sont assurés, si divers produits comme la digitale sont officieusement étudiés au laboratoire du professeur Tiffeneau, si, à la Faculté de pharmacie, différents chercheurs prêtent leur concours au dosage biologique d'autres produits, si l'institut Pasteur centralise à peu près le contrôle des sérums, pour nombre d'autres substances, ce contrôle biologique est inexistant. Or, n'y aurait-il pas avantage qu'il s'exerçât? Peu importe l'endroit, que ce soit dans le laboratoire de contrôle ou que différentes personnalités des Facultés de médecine ou de pharmacie s'en occupent.

A l'heure actuelle, en effet, il existe dans le commerce, répondant aux exigences du Codex, nombre de produits d'activité très variable. Certaines huiles de foie de morue n'ont pas de pouvoir antirachitique alors que d'autres sont parfaites; certains extraits de glandes parathyroïdes ne contiennent que des traces impondérables de ces glandes alors que d'autres sont actif ; certains ferments lactiques desséchés ont perdu la plus grande partie de leur pouvoir, etc., etc.

Il y aurait donc intérêt majeur à s'assurer de l'intégrité biologique de ces produits et à mesurer leur activité.

# CÉRÉMONIES MÉDICALES

## LE JUBILÉ DU PROFESSEUR CASTAIGNE A CLERMONT-FERRAND

La réunion annuelle des sociétés savantes a eu lieu à Clermont-Ferrand du 8 au 10 avril dernier.

La section médicale y brilla d'un éclat tout particulier, grâce à la volonté organisatrice du professeur Castaigne.

Trois séances de travail avaient été prévues pour discuter les communications des congressistes venus des différents centres universitaires. Il en fallut une quatrième pour en finir.

Ces réunions eurent lieu dans la Salle des Actes de l'école tout nouvellement aménagée et dans l'amphithéâtre Billard (récemment inauguré aussi) où l'on fit défiler toute une série de projections du plus haut intérêt.

Nos hôtes ont pu constater, en visitant notre École de médecine, la parfaite organisation de ses laboratoires, l'installation, très moderne de ses services et ont admiré la volonté créatrice qu'a dû déployer le professeur Castaigne pour réaliser une si belle œuvre de décentralisation.

Le programme scientifique du Congrès était capable d'attirer un grand nombre de personnalités, mais il faut bien reconnaître que les fêtes jubilaires du professeur Castaigne étaient la principale raison de la venue à Clermont de l'élite du corps médical parisien et provincial.

Les professeurs Chauffard et Achard avaient tenu à applaudir au succès d'un élève devenu à son tour un des maîtres incontestés de la médecine française.

De nombreux amis, des élèves sont avec eux accourus pour affirmer publiquement leur admiration et leur respectueuse affection pour celui qui par son œuvre scientifique, son enseignement, a formé une si grande partie des praticiens français.

Le jeudi 9 avril, dans une salle comble prirent place à la table d'honneur les professeurs Chauffard, Achard, Rathery, Lereboullet, de Paris; Jeanbrau, de Montpellier; Dionis du Séjour,

# CÉRÉMONIES MÉDICALES *(Suite)*

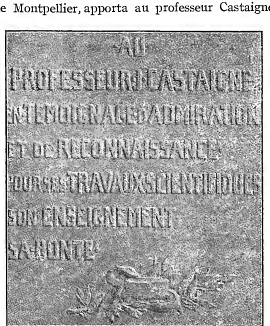
Piollet, Buy, Merle, Paillard, de Clermont-Ferrand ; le Dr Marcombes, député du Puy-de-Dôme ; M. le recteur de l'Université de Clermont, M. le préfet du Puy-de-Dôme, etc.

Le Dr Henri Paillard, le plus cher et le plus ancien collaborateur du professeur Castaigne, prit le premier la parole ; il montra le but et la portée profonde de cette manifestation, et commenta l'inscription portée sur la médaille jubilaire. Il insista tout particulièrement sur la bonté du maître qui au lit du malade respecte avec infiniment de cœur la sensibilité de celui qui souffre et qui prodigue toujours avec la plus parfaite bonne grâce tant de conseils aux familles médicales. Il rappela le nombre considérable de lettres reçues des praticiens français qui de loin autour de lui toute une phalange de jeunes collaborateurs, heureux de suivre son impulsion ; avec émotion, il dit toute l'affectueuse admiration de ses vieux camarades pour l'œuvre accomplie par le professeur Castaigne à Clermont.

Le professeur Rathery, l'un des plus anciens élèves du maître, après avoir remarqué avec humour que l'un et l'autre restaient pleins d'activité, rappela la démarche qu'il fit jadis pour demander au professeur Castaigne des conférences d'internat particulières et évoqua les années fécondes de travail en commun, tout en insistant sur l'originalité de l'enseignement que donnait alors Castaigne au lit du malade.

Le professeur Jeanbrau, l'éminent urologiste de Montpellier, apporta au professeur Castaigne






La médaille offerte au professeur Castaigne.

s'associaient à l'hommage rendu au professeur Castaigne.

M. le recteur de l'Université de Clermont dit ensuite quelles transformations le professeur Castaigne a apportées à l'École de médecine, comment ses efforts ont contribué à son élévation au rang d'École de plein exercice, à l'amélioration des conditions d'enseignement, à la modernisation des installations scientifiques, comment le professeur Castaigne a su stimuler au travail le corps enseignant et les élèves.

M. le professeur Lereboullet parla au nom des vieux camarades du professeur Castaigne ; il évoqua l'impression de force enseignante que celui-ci donnait dès ses débuts comme interne et comme jeune médecin des hôpitaux, montra comment très vite il devint un maître, groupant

l'hommage des chirurgiens ; il montra que si au point de vue scientifique les découvertes de Castaigne furent de première importance, son rôle de vulgarisateur fut de tout premier plan. Grâce à son admirable collection de précis médicaux, il apprit aux étudiants de toutes les Facultés, aux praticiens des campagnes les plus reculées le meilleur de leur savoir.

Le Dr Marcombes, député du Puy-de-Dôme, vint ensuite rappeler comment, maire de Clermont, il demanda au professeur Castaigne d'être le magicien qui devait donner un prestige nouveau à l'École de médecine, comment très vite le nouveau directeur transforma celle-ci tout en déployant toute son activité en faveur des œuvres de médecine sociale.

Les professeurs clermontois apportèrent eux

## CÉRÉMONIES MÉDICALES *(Suite)*

aussi à leur collègue l'hommage de leur amitié. Le professeur Buy rappela ce qu'était l'école avant et après Castaigne, et évoqua la grande figure du professeur Billard trop tôt disparu. Le professeur Piollet, président du Syndicat des médecins du Puy-de-Dôme, apporta le salut affectueux des praticiens d'Auvergne. Le professeur Dionis du Séjour, en une brève allocution, montra les heureux effets de la collaboration des Drs Marcombes et Castaigne.

Après une chaleureuse improvisation du Dr Godlewski, évoquant l'œuvre du *Journal médical français* et l'intervention de M. de Vulpian, interne du professeur Castaigne, et de M. André Roux, président de l'Association des étudiants de Clermont, le professeur Chauffard, salué d'unanimes applaudissements, rappela le temps où il avait le professeur Castaigne pour interne, évoqua toute sa carrière et dit l'admiration dont tous l'entourent.

Enfin le professeur Achard termina la série des discours, disant la méthode suivie jadis par son collaborateur Castaigne dans les travaux poursuivis avec lui à Tenon sur le bleu de méthylène, l'exploration rénale et la classification des néphrites. Il montra Castaigne devenu rapidement un des plus légitimes espoirs de la Faculté de Paris, le professeur de clinique qui eût continué la tradition des grands cliniciens français, mais on n'est jamais maître de son destin et, pour des raisons qui firent honneur au chef de famille, le savant dut quitter Paris pour venir près de Clermont où bientôt il devait être un créateur et un animateur.

Le professeur Castaigne prit le dernier la parole ; il remercia ses maîtres, ses amis, ses élèves, tous groupés autour de lui dans un élan de fervente admiration. Il évoqua ce qu'il devait à ses maîtres, à ses ancêtres médecins, à tous les siens. On remit enfin la belle médaille due au graveur Pillet et le livre jubilaire à celui qu'on fêtait, tandis qu'une superbe gerbe de fleurs était offerte à Mme Castaigne.

Dans une touchante pensée, le professeur Castaigne avait tenu à honorer tout particulièrement son maître, le professeur Achard ; un banquet réunit donc le soir les congressistes. Il était primitivement destiné à rendre hommage au professeur Achard, mais ce fut en réalité la fête de deux savants : le maître et l'élève, que tous furent heureux d'applaudir une fois de plus en cette belle journée.

J. CHAUMERLIAC.

## VARIÉTÉS

### LE V.E.M. DE MONTAIGNE, HYDROLOGUE

> « *Je courrais d'un bout du monde à l'autre chercher un bon an de tranquillité plaisante et enjouée, moy qui n'ay autre fin que vivre et me resjouyr. Je sais bien ce que je fuis, mais non pas ce que je cherche.* »

Les V.E.M. vont battre leur plein : il intéressera, nos lecteurs de suivre Montaigne dans le sien. Le qualificatif d'hydrologue est assez plaisant associé au nom Montaigne, que l'on sait amateur de bonne chère et de bons vins ! Evidemment, on conçoit peu ce grand homme devant un verre d'eau minérale, et, cependant, c'est bien là le titre de la thèse inaugurale de M. Le Geard (1), traitée avec beaucoup de talent et de compétence, sur celui qui bien malgré lui, sans doute, demanda la santé et la jeunesse aux sources bienfaisantes... car s'il croyait à la médecine, il avait le médecin en piètre estime. Nous savons, par l'œuvre admirable du Dr Armaingaud, que nous ne lui en avons gardé nulle rancune.

(1) LE GEARD, Montaigne hydrologue. Thèse Paris, 1930, Am. Legrand édit.

Montaigne était, enfant, joufflu et bien portant...

Hérédité ? Mauvaise hygiène ? Régime de vie ? Tout cela, peut-être, contribua-t-il à favoriser l'apparition des premiers symptômes morbides qui firent de lui un arthritique à l'âge adulte. C'était un gourmet gourmand au delà de toute mesure, qui jeûnait parfois *pour dresser sa volupté à mieux faire son profit et se servir plus alaigrement de l'abondance.* Il dévore si « goulûment » qu'il en perd le loisir de parler — « si doux condiment des tables ». Il était, après les repas, congestionné, sujet aux migraines, avec de fréquentes crises de rhumatismes. Il eut des coliques néphrétiques, de l'eczéma chronique. Son père ayant souffert de la pierre, il craignait d'hériter « *de cette qualité pierreuse* ». Il ne se plaint pas cependant, estimant que « l'on a point à se plaindre des maladies qui partagent loyalement le temps avec la santé ».

Il reconnaît qu'ayant fait de grands excès sexuels, il est juste qu'il en supporte quelque ennui, il parle de son « mal de pierre » avec indulgence :

Ce mal de pierre n'est pas seulement excusable en ce qu'il se contente de sa possession sur nous, sans l'étendre et sans introduire avec lui toute une

## VARIÉTÉS *(Suite)*

séquelle. Il est *courtois et gracieux* en ce que son passage apporte avec lui quelque utile conséquence puisqu'il l'a déchargé *d'autres accidents tels que la fièvre* à laquelle il était quelquefois sujet. Il n'est pas jusqu'aux vomissements qui accompagnent la crise, qui n'aient l'avantage de le purger; et le jeûne obligatoire auquel il est réduit *« digère ses humeurs peccantes », « nature vuidant en ces pierres ce qu'il y a de superflu et de nuisible en mon corps ».*

Enfin sa maladie lui plaît, il lui trouve certains avantages qu'il énumère avec complaisance. Il n'use pas de « la médecine », disant : *« Si vous consultez lès médecins, le mal vous pince d'un côté, le remède de l'autre. Je hais les remèdes qui importunent plus que la maladie. D'être subject à la colique et m'abstenir de manger des huîtres, ce sont deux maux pour un. »*

Cela ne l'empêcha pas de chercher des remèdes à ses maux... il essaya donc des eaux thermales ! Tour à tour Aigues-Chaudes, Bagnières, Preissac, Barbotan le virent prendre « cette potion naturelle simple et non mixtionnée, qui, au moins, n'est pas dangereuse si elle est vaine ». Sa foi n'est pas bien grande ! Outre le besoin de prendre les eaux les plus renommées, il aimait voyager, avouant que ce plaisir portait « le témoignage d'inquiétude et d'irrésolution ». « Je sais bien ce ce que je fuis, mais non pas ce que je cherche. » « Je courrais d'un bout du monde à l'autre chercher un bon an de tranquillité plaisante et enjouée, moy qui n'ay autre fin que vivre et me resjouyr. » Il voyagea en Allemagne, en Italie, trouvant quelque plaisir à se séparer quelques mois de sa femme « dont le caractère le faisait souffrir ». Guy Patin aurait-il raison ? Les eaux ne seraient-elles qu'un « alibi » ? Mme de Sévigné, médecin hydrologue, est la meilleure réplique aux flèches de Montaigne.

*
* *

Le 22 juin 1580, Montaigne se décide à quitter son château du Périgord pour entreprendre un grand voyage. A Epernay, il rencontre un jésuite de ses amis, le célèbre Maldonat, qui lui vante les eaux de Spa qu'il vient de prendre en compagnie de M. de Nevers. Mais, comme ni l'un ni l'autre n'en sont revenus guéris, il évite cette ville. Sage déduction clinique, encore que prématurée. Il est retenu par un accès de colique habituelle dans le village de Manesse et ne peut visiter Metz et Saint-Dizier comme il le désire. Il passe cependant à Vaucouleurs, Domrémy, « d'où était native cette fameuse pucelle d'Orléans qui se nommait Jeanne Day ou Dallis ! » Il passe à Neufchâteau où régnait la peste et arrive à Plombières. Il y séjourne peu, prend neuf verres d'eau dans la matinée et quelques bains.

Il se trouve bien de ces quelques jours de traitement; à peine a-t-il ressenti le cinquième jour une « colique très véhémente, plus que les siennes ordinaires», lui faisant rendre deux petites pierres et du sable.

Il note également avoir rencontré à Plombières, un homme qui, à la suite d'une fâcheuse nouvelle, avait vu tout un côté de sa barbe et du sourcil changer de coloration. Enfin il quitte Plombières le 27 septembre et part pour Bâle où il va voir un médecin qui avait l'art « de coller les herbes sur le papier ».

Bade était la grande ville thermale par excellence. Montaigne y fut prendre les eaux, et en parle longuement. On y saignait, on ventousait, à tel point que les cabines ruisselaient de sang. Les curistes avaient coutume de prendre deux verres d'eau par jour. Montaigne, qui ne fit jamais les choses à moitié, en prit sept la première journée, et cinq la deuxième. Il restait une demi-heure dans son bain et suait abondamment. Il se montra assez satisfait de sa cure, mais se plaignit que l'on taxât abusivement les étrangers... (Déjà !)

Notre Périgourdin de continuer son voyage vers l'Allemagne : il vante l'excellence de la cuisine qui lui fait oublier son régime; à Augsbourg, il s'informe s'il y a des bains dans le voisinage, on lui indique ceux de Sourbroune, mais, l'hiver approchant, il revient sur ses pas. A Mitevol en Bavière, il fait de l'étuve, passe en Italie, où il se plaît peu : Venise lui cause une grande déception, voit les bains d'Albano, de San Pietro, de Bataglia; « tout cela est fort sauvage, et ne serois d'avis d'y envoïer mes amis ».

Il visite également les bains de Sienne, Vigone, Saint-Cassien, Mantefiascone, Viterbe et arrive à Rome dont il dit peu de chose : rien d'étonnant, au reste, quand on pense qu'il eut, presque chaque jour, des accès de coliques néphrétiques. Il y fut reçu par le pape et assista à des cérémonies religieuses qui lui paraissent plus « magnifiques que dévotieuses ». Il mentionne qu'il assista à l'exécution d'un fameux bandit, à l'exorcisme d'un possédé, à la circoncision d'un enfant juif, opération qu'il raconte avec beaucoup de détails.

Montaigne quitta Rome le 19 avril pour Lorette, lieu de pèlerinage célèbre, y fit ses Pâques et fut témoin d'un miracle. Il traverse Ancône : visite obligée de la cathédrale, *« ce qui ne l'empêche pas,* nous dit M. Le Geard, *de s'enquérir s'il y a de jolies femmes dans le pays ».* Il arrive enfin aux bains de Villa où il commence le traitement thermal. On lui parle des bains de Coesena à peu de distance de là ; il y court et y fait une cure sérieuse,

## VARIÉTÉS *(Suite)*

qui, à la vérité, ne donna pas grand résultat, mais sans doute Montaigne abusait-il des *massepins et autres friandises* et des excellents vins qu'on lui apportait de toutes parts !

Il retourne à Florence, passe à Pise où il note ses impressions, il va enfin prendre les bains de Bagnacqua. Il se rend une seconde fois à Lucques, où il se trouve parfaitement bien. Il se déclare nettement satisfait. Mais, comme toujours, il finit par se lasser de cette vie, et gagne les bains della Villa. Son premier bain ne lui réussit pas, peu après « il rend des urines troubles, puis sanguinolentes ». Il persévère en dépit de toute prudence et souffre d'un nouvel accès de coliques néphrétiques. Pour comble de malheur, il a également une horrible rage de dents. Enfin, l'annonce de sa nomination de maire de Bordeaux le détermine à rentrer en France.

Pendant le voyage de retour, Montaigne est encore pris, pendant la nuit, de coliques violentes ; il a hâte de rentrer , s'arrêtant à peine dans les villes qu'il traverse. Il brûle le Mont-Cenis, Lyon, Limoges, Périgueux (autant qu'on peut le faire à cheval), et arrive à Montaigne, après un voyage de plus de dix-sept mois, pendant lequel il a fait force traitements, visité et comparé les eaux d'une foule de stations ! N'était-il pas bien placé pour donner son opinion sur les eaux thermales et motiver par son expérience le titre d'hydrologue que nous lui décernons ?

Montaigne, qui a beaucoup observé, pratiqué les eaux de différents pays, a longuement exprimé son opinion : leur pouvoir n'est pas infini ! « *Elles ne sont pas pour relever une poisante ruyne ; elles peuvent appuyer une inclination légère ou prouvoir à la menace de quelque altération.* « Il dit aussi, que « *si vous n'êtes pas d'humeur à supporter la compagnie, les amusements de ces lieux, ni jouir des promenades et exercices, l'effet de la cure en est influencé.* » Il convient cependant que les eaux constituent un remède « moins artificiel que les autres », et c'est pour cela qu'il leur va demander la guérison. « Cette eau est naturelle et simple *et au moins n'est pas dangereuse, si elle est vaine* (?). » Il convient que l'eau minérale, prise en abondance chez un graveleux, *ouvre les voies* et « rafraîchit le foie ». Il tenait les bains pour nécessaires : « *Je ne puis imaginer que nous vaillions beaucoup moins,* disait-il, *de tenir nos membres encroutez et nos pores estouppés de crasse.* »

Montaigne, dans son journal, note des observations très judicieuses et des remarques qui, tout en portant l'empreinte d'opinions personnelles et peu flatteuses sur la médecine et les médecins, n'en sont pas moins pleines d'une expérience et d'un bon sens dignes de bien des médecins.

D[r] MOLINÉRY
(*Luchon*).

---

## REVUE DES CONGRÈS

### XVI[e] CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE

(*Paris, 4, 5 et 6 mai 1931*).

Présidence de M. le D[r] PAUL (de Paris).

#### *LA MÉDECINE LÉGALE ET LA MÉDECINE SOCIALE DES ACCIDENTS D'AUTOMOBILE.*

Rapporteur : **M. SIMONIN** (de Strasbourg).

L'automobilisme modifie profondément nos mœurs. Or, nous sommes encore à la période d'adaptation de nos habitudes à ce nouveau moyen de locomotion dont l'usage raisonnable exige une discipline qui s'acquiert seulement au prix d'une expérience douloureuse et onéreuse. A l'origine des chemins de fer, les mêmes phénomènes ont été observés.

Il y a donc un problème social important à étudier pour faciliter l'adaptation des individus à l'automobilisme et hâter l'agencement approprié des lois et des règlements. Les accidents d'automobile soulèvent également des problèmes juridiques complexes à propos desquels les médecins experts sont fréquemment sollicités.

**I. Fréquence et gravité des accidents d'automobile.** — Il y a lieu de distinguer les chiffres absolus et les valeurs relatives.

Les chiffres absolus sont impressionnants, puisqu'ils croissent rapidement d'année en année, dans tous les pays. En France, en 1930, plus de 3 000 personnes ont été tuées en circulant et les blessés ont été quarante fois plus nombreux. Il arrive actuellement que le nombre des accidents mortels d'automobile dépasse celui des morts dues à la fièvre typhoïde ou à la diphtérie ou à la rougeole. Ainsi l'automobile est un agent homicide plus dangereux que le bacille d'Éberth, le bacille de Löffler : les agents physiques tendent donc à prendre la place des agents microbiens parmi les causes de mortalité.

Toutefois, pour avoir une idée exacte du péril automobile, il faut rechercher les *valeurs relatives* qui tiennent compte de deux facteurs : du nombre des véhicules en circulation et de la population. L'auteur établit ainsi ce qu'il appelle le *coefficient d'adaptation sociale à la locomotion automobile* qui est représenté par la formule :

$$\frac{(\text{Nombre de véhicules automobiles})^2}{\text{Nombre d'accidents mortels} \times \text{Nombre d'habitants}}$$

L'examen comparatif des diverses statistiques indique que la France est le pays le moins atteint par le péril de la locomotion automobile, à laquelle nous paraissons nous adapter plus rapidement que les autres peuples.

**II. Les bases légales des poursuites judiciaires.** — Le rapporteur examine rapidement les deux sortes

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

de responsabilités mises en jeu par l'accident d'automobile. Il indique le revirement qui s'est produit dans la jurisprudence consacrée par un arrêt solennel des Chambres réunies de la Cour de cassation, du 13 février 1930, puis il étudie plus spécialement le cas complexe de l'écrasement successif d'un piéton par deux automobiles, cas où l'expertise médico-légale prend une importance capitale.

III. **Les formes médico-légales des écrasements par automobile.** — Si les *écrasements accidentels* sont les plus fréquents, il faut savoir que, dans certains cas, l'automobile peut servir au *suicide*, à l'homicide, ou bien l'accident peut être simulé pour masquer un homicide ; ou bien encore l'écrasement est dissimulé par son auteur qui cherche à échapper aux conséquences judiciaires d'un homicide involontaire. Plusieurs exemples illustrent chacun de ces types.

IV. **L'origine et les causes des accidents.** — Les statistiques donnent des indications beaucoup plus sur les *causes apparentes* que sur les conditions véritables des accidents. Elles nous enseignent qu'en moyenne, 48 p. 100 des accidents proviennent de la faute des conducteurs et 46 p. 100 des victimes. Elles indiquent aussi qu'ils résultent parfois des défauts de la route ou des défectuosités du véhicule.

Les **accidents imputables aux conducteurs** peuvent toujours se rattacher à l'une des quatre catégories suivantes : imprudence, inexpérience, infirmités psychiques ou physiques, intempérance. Le rapporteur insiste surtout sur l'une des formes de l'imprudence : l'*excès de vitesse*. Il démontre que les réactions psycho-motrices ne permettent pas au chauffeur d'arrêter instantanément son véhicule. Il n'est donc pas absolument « maître de sa vitesse ». Les distances minima d'arrêt sont proportionnelles à la vitesse de l'automobile. La distraction, l'émotivité, la nervosité, la témérité, l'inattention sont encore des facteurs d'accidents. L'auteur rapporte de nombreux exemples d'accidents dus à des états pathologiques ou à l'intempérance.

Les *piétons* portent, dans un certain nombre de cas, la responsabilité de l'accident. Ceux qui s'exposent le plus aux dangers de la circulation se signalent par l'inattention, l'insouciance, ou l'affolement, l'hésitation en traversant une rue ou l'ignorance des règles de la circulation. Ce sont toujours les mêmes qui se font écraser: vieillards, infirmes, enfants, campagnards, savants, ivrognes.

V. **Le mécanisme des accidents.** — Les accidents d'automobile présentent une très grande variété.

La collision d'une automobile avec un autre véhicule ou contre un obstacle provoque des blessures occasionnées surtout par l'arrêt brusque de la voiture qui projette le chauffeur contre le volant et les voyageurs contre les vitres.

L'écrasement d'un piéton s'opère généralement en trois temps, car le sujet est le plus souvent surpris debout: il y a d'abord tamponnement, puis chute ou projection, enfin franchissement et quelquefois aussi traînage.

VI. **Caractères anatomo-pathologiques des lésions.** — Par leur fréquence et par leurs particularités étiologiques en rapport avec telle ou telle phase de l'accident, les lésions observées dans les accidents de la route présentent un grand intérêt médico-légal.

1° Les **lésions de tamponnement** siègent au point d'application du choc sur les jambes, les cuisses, les hanches, les lombes, et consistent en ecchymoses, plaies contuses, fractures directes : lésions dont l'aspect et l'importance sont en rapport avec la forme de l'agent percutant (phare, pare-choc, pare-boue, marchepied, radiateur) et avec la violence du traumatisme.

2° Les **lésions de chute ou de projection** se groupent en lésions superficielles, généralement bénignes, et en lésions crâniennes, souvent mortelles, qui font de la chute un des temps les plus redoutables de l'accident. Les lésions superficielles se rencontrent aux parties saillantes du corps sur lesquelles se produit la chute sur le sol : épaule, coude, genou, mains, etc., et se présentent sous l'aspect d'ecchymoses, d'érosions et d'excoriations rugueuses produites par le gravier. Dans les projections brutales du corps à terre, la tête vient frapper le sol avec violence. Il en résulte une contusion ecchymotique du cuir chevelu, une suffusion épicranienne et souvent une ou plusieurs fissures du crâne irradiées à la base avec hémorragie méningée et foyers de contusion cérébrale de cause directe ou par contre-coup.

3° Les **lésions de franchissement** dues au passage du véhicule sur le corps sont essentiellement caractérisées par la disproportion entre les lésions externes, presque toujours insignifiantes, et les dégâts internes, considérables : broiements osseux, déchirures, ruptures, et éclatements viscéraux. Une des lésions tégumentaires des plus typiques est la *plaque parcheminée* striée qui présente des caractères histologiques bien différenciés. Très particuliers aussi sont les décollements sous-cutanés, avec poches sanguines ou séro-sanguinolentes. On note aussi parfois l'arrachement des fibres musculaires des fessiers. Les lésions profondes diffèrent suivant la région du corps franchie par le véhicule, c'est-à-dire suivant que le franchissement est céphalique, thoracique, dorsal, ventral, oblique ou longitudinal.

4° Le **traînage** peut produire aussi des lésions par usure des téguments et des surfaces osseuses par frottement sur le sol.

Sont décrites aussi les blessures particulières aux collisions d'automobiles : blessures dues surtout aux éclats de vitre.

VII. **L'expertise médico-légale dans les accidents d'automobile.** — La contribution médico-légale peut apporter aux tribunaux un concours précieux.

Dans les cas d'*accidents mortels* simples, les éléments d'appréciation fournis par l'expertise contribuent: 1° à déterminer si la mort, qu'elle soit immédiate ou tardive, est la conséquence de l'accident ; 2° à reconstituer les circonstances et les phases de l'accident ; 3° à alléger ou à aggraver la responsabilité du conducteur ou de la victime (infirmités exposant aux dangers de l'écrasement, état pathologique modifiant l'évolution des plaies, affection mortelle préexistante, état d'ivresse, etc.). Certaines causes de mort (hémorragies cérébrales, complications pulmonaires des traumatismes du crâne, embolie graisseuse, méningo-encéphalite traumatique, état pathologique antérieur à l'accident, etc.) doivent être recherchées et interprétées judicieusement. De même, l'interprétation des lésions de tamponnement, de chute, de franchissement, de traînage de la victime, permet

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

dans nombre de cas de reconstituer les circonstances et les phases d'un accident.

*Dans le cas d'écrasement compliqué de délit de fuite*, l'expertise est encore plus ardue, mais la mise en œuvre de toute une série de recherches et d'épreuves (empreintes laissées sur la route, débris abandonnés par la voiture, traces qu'elle a arrachées à la victime ou qu'elle a prises à la route) aboutit fréquemment à l'identification du véhicule homicide et à l'arrestation du coupable.

VIII. **La prévention des accidents.** — Les mesures préventives doivent s'adresser aux individus plus qu'aux choses. Les unes présentent un caractère médical, car elles ont pour objectif d'interdire la pratique de l'automobile aux personnes qui y sont physiquement ou psychiquement inaptes. Les autres visent à faciliter l'adaptation des individus à la circulation routière.

Le rapporteur étudie longuement les bases de la *sélection médicale* des chauffeurs et envisage successivement les conditions visuelles et auditives, les incapacités pour infirmités locomotrices, les causes psychiques et nerveuses d'inaptitude, les exclusions dues à certains états pathologiques, et enfin les qualités psycho-motrices requises pour diriger une automobile avec sécurité. En ce qui concerne l'acuité visuelle ou auditive minimum pour conduire une auto, M. Simonin relève le caractère arbitraire de son évolution et place sur le terrain expérimental le problème qui se pose ainsi : Quelle est l'acuité visuelle ou auditive nécessaire à un conducteur pour lui permettre de voir un obstacle ou d'entendre un signal suffisamment à temps pour arrêter sa voiture, si besoin est, sans accident? Or, la distance minimum d'arrêt d'un véhicule est proportionnelle à la vitesse de celui-ci : à 80 kilomètres à l'heure, elle est de 35 mètres. Telle devrait donc être la distance minimum de vision ou d'audition d'un chauffeur, mais il faut tenir compte encore d'une « marge de sécurité » pour parer au cas où l'obstacle est également mobile et se dirige en sens contraire du véhicule.

Comment organiser maintenant la sélection médicale des chauffeurs? Trois systèmes se trouvent en présence : *a) L'examen préventif obligatoire*, très sévère en Allemagne, n'y a pas fait ses preuves. D'autres considérations (organisation médicale spéciale, périodicité indispensable, dépenses élevées, etc.) le rendent impraticable. *b)* Le *système de l'incapacité légale et de la responsabilité pénale du conducteur inapte*, qui consiste à interdire par une loi la pratique de l'automobile aux individus porteurs de certaines tares physiques ou de maladies expressément dénoncées comme dangereuses pour la sécurité publique en raison des accidents qu'elles peuvent occasionner, comporte aussi des inconvénients dont le principal est la difficulté de faire la preuve de la relation directe et certaine de cause à effet entre l'infirmité et l'accident. *c)* C'est le troisième système qui paraît le plus acceptable : *le retrait médical du permis de conduire*. Il repose sur deux principes : 1° Sévérité de la sélection médicale proportionnelle à la responsabilité professionnelle du chauffeur : les conducteurs professionnels étant soumis à un examen médical préventif et périodique. 2° L'élimination naturelle par le retrait du permis de conduire, sanctionnée par un examen médical subi après un accident, des conducteurs qui font ainsi la preuve expérimentale de leur inaptitude physique et psychique. Exclusion aussi des nombreux récidivistes de l'accident. Ce mode de sélection n'agit pas trop tard, car les accidents matériels sont quarante fois plus fréquents que les accidents de personnes.

Enfin, lorsqu'un chauffeur est suspect d'intoxication alcoolique, l'état d'ivresse doit être systématiquement recherché et établi médicalement.

La menace de retrait du permis, soit pour cause d'inaptitude physique, soit pour récidive d'accidents, soit pour ivresse, planerait sur tous les automobilistes et serait capable d'assagir les plus téméraires.

Les *mesures administratives de sécurité* ont pour but d'exiger des automobilistes la compétence (permis de conduire), la discipline (organisation de la police routière), la prudence (limitation de la vitesse) et de former l'éducation des piétons (éducation morale et psychologique de tous les usagers).

Le rapporteur termine son exposé par l'énumération rapide des diverses mesures de sécurité qui sont préconisées.

Et il conclut en disant que de longs et patients efforts sont encore nécessaires pour faciliter l'adaptation de la collectivité à l'automobilisme, facteur de progrès et de richesse dont on ne saurait amoindrir l'essor sans porter atteinte aux intérêts vitaux du pays.

### *Discussion.*

M. COUTELA (de Paris) estime que la réglementation médicale, indispensable pour les conducteurs professionnels (transports en commun et par camions), devrait être généralisée. Mais il fait remarquer d'une part que les statistiques signalées montrent la fréquence aussi grande des accidents dans tous les pays (réglementés ou non) et, d'autre part, qu'un grand nombre d'amétropes à vision très faible, insoucieux, volontairement ou non, de toute correction, conduisent des automobiles sans avoir le moindre accident. Il y a donc surtout lieu de tenir compte de facteurs psychologiques divers, de ce qu'on a appelé « le sens de la route », etc.

Il signale l'erreur à laquelle donne lieu « l'acuité visuelle totalisée », addition des fractions d'acuité visuelle, manifestement fausse en clinique : une telle expression gagnerait à être supprimée.

Prendre comme base les conditions exigées des mécaniciens de locomotives doit être abandonné.

La notion du champ visuel est plus importante encore que celle de l'acuité visuelle centrale. Celle-ci, quoi qu'on ait pu dire, ne se modifie nullement avec l'extrême vitesse du véhicule. Le sens lumineux est d'extrême importance, mais pratiquement combien difficile à évaluer à l'heure crépusculaire. L'expérience démontre que les examens périodiques sont de première nécessité.

En ce qui concerne les borgnes, il y a lieu de considérer : le champ visuel qui est largement suffisant pour percevoir en temps voulu la largeur de la route et ses à-côtés, le degré de vision centrale, toujours un peu moindre avec un seul œil qu'avec les deux (notion classique journellement confirmée), l'appréciation des distances qui, affaire d'éducation et d'expérience, peut se trouver plus ou moins vite réalisée à la longue chez beaucoup de sujets :

fait bien connu depuis longtemps, et la perte du contrôle donné par la double visée ; enfin la possibilité pour le borgne de recevoir un corps étranger (monstiques) dans l'œil.

Ces trois derniers points de vue étant discutés, le borgne pourrait être admis à conduire, mais réhabiliter le borgne en admettant son aptitude à la conduite automobile ne saurait diminuer en rien l'incapacité professionnelle évidente qui résulte d'une telle infirmité : c'est là un problème complètement différent.

MM. LECLERCQ et MULLER (de Lille) rapportent un certain nombre d'observations d'accidents d'automobiles. Ils insistent sur le diagnostic de l'ivresse des victimes et souhaitent qu'on puisse aussi le pratiquer sur les conducteurs par le dosage de l'alcool dans les urines. Puis ils signalent les difficultés du diagnostic des lésions par choc direct et par chute, d'après leurs caractères anatomo-pathologiques, tant externes qu'internes.

Ils insistent aussi sur la possibilité des manifestations nerveuses et psychiques post-traumatiques. Ils étudient enfin les mesures à prendre pour éviter les accidents d'autocars, à cause de leur gravité, et terminent par quelques mots sur la sélection médicale des chauffeurs.

M. DUVOIR attire l'attention sur les avortements qui se produisent à la suite d'un accident, et qui peuvent être attribués soit à la contusion, soit à l'émotion même. Il en rapporte un certain nombre de cas et étudie l'évaluation des diverses invalidités et incapacités temporaires. Il signale aussi le danger de rencontrer des familles qui cherchent à tirer tous les avantages possibles d'un tel accident.

M. BALTHAZARD indique les règles précises qui permettent de rattacher l'avortement à l'accident et signale la tendance actuelle à admettre les avortements consécutifs à une émotion.

M. ETIENNE MARTIN (de Lyon) étudie plus particulièrement les lésions du crâne, à la suite des accidents d'automobile. Il obtient ainsi de grandes précisions sur le mécanisme même de l'accident.

M. PATRY insiste plus particulièrement au point de vue ophtalmologique sur la sélection médicale des conducteurs, tout au moins professionnels. Mais il fait remarquer que ce sont les gens les moins sûrs d'eux-mêmes qui conduisent avec le plus de prudence.

M. DE CLÉRAMBAULT (de Paris) expose les conditions dans lesquelles se fait le retrait médical du permis de conduire chez les différentes catégories de psychopathes, qu'il s'agisse d'épileptiques, de toxicomanes, d'hallucinés ou d'individus anormalement émotifs.

M. DERVIEUX (de Paris) insiste sur le rôle passif joué par l'automobile, dans le cas où la victime de l'accident, en général un motocycliste, vient se jeter contre la voiture. L'autopsie fournit souvent alors de précieux renseignements, en permettant, d'après le siège des lésions traumatiques, de dégager complètement la responsabilité de l'automobiliste au détriment de celle de la victime.

MM. P. SCHIFF et TRELLES (de Paris) rapportent l'observation d'un malade chez lequel s'est progressivement développé, après un traumatisme cranien par accident d'automobile, un syndrome d'hyperostose frontale interne (syndrome de Stewart-Morel) avec image radiologique caractéristique, hypercalcémie, obésité, troubles psychiques. Les auteurs discutent la pathogénie, probablement infundibulo-tubérienne, des troubles et leurs conséquences médico-légales.

M. FORTIN (de Niort) signale le danger des fausses accusations portées par les témoins d'un accident, contre l'automobiliste qui s'arrête pour porter secours aux victimes, alors que l'auteur de l'accident a pris la fuite.

Enfin, sur la proposition de MM. DUFOUR (de Marseille) et PIÉTRI (de Nice), le Congrès émet à l'unanimité le vœu que, dans tous les cas d'accidents mortels d'automobile, l'autopsie soit obligatoirement pratiquée. L'autopsie précoce est en effet indispensable pour établir la condition corporelle antérieure de la victime (ivresse, tares physiques diminuant sa valeur sociale), mais aussi le mécanisme même de l'accident. Elle permet ainsi de déterminer les responsabilités réciproques du chauffeur et de la victime.

### *L'APPENDICITE TRAUMATIQUE*

Rapporteur : **M. WIART** (de Paris).

Pour que l'on puisse admettre l'origine traumatique d'une appendicite, la réunion de trois facteurs est nécessaire :

1° Un traumatisme causal;

2° Des lésions traumatiques de l'appendice;

3° Une inflammation de l'appendice, suite et conséquence des lésions traumatiques qui l'ont atteint.

**Le trauma initial peut agir directement ou indirectement.**

**Le trauma doit atteindre et léser l'appendice.** — Deux cas très différents sont alors à envisager :

*Si l'appendice est sain*, il faut, pour qu'il soit atteint directement par une contusion abdominale, que le corps contondant ait un certain volume, au moins le volume du poing, et que la contusion soit violente. Certaines dispositions anatomiques peuvent, d'ailleurs, favoriser la lésion, qu'il s'agisse de la situation même de l'appendice ou de diverses dispositions du méso-appendice.

Le mécanisme de production le plus fréquent des lésions indirectes est l'exagération brusque et considérable de la pression intra-abdominale. L'abdomen est en effet un espace clos rempli de liquide et de gaz où toute pression se propage dans toutes les directions d'une façon égale.

Mais l'appendice peut aussi être déjà *pathologique*, soit qu'il s'agisse d'un appendice libre, mais rempli de pus ou de mucopus infecté, d'un appendice adhérent et fixé, d'un appendice calculeux, ou bien encore d'une appendicite avec abcès latent. L'éclatement et la perforation par le traumatisme d'un tel appendice sont alors grandement favorisés.

**La lésion traumatique appendiculaire doit être l'origine et la cause déterminante d'une inflammation vraie, d'une maladie infectieuse de l'appendice.** — Il en existe, tant en France qu'à l'étranger, quelques observations indiscutables que l'auteur rapporte. Mais il a dépouillé avec autant de soin un certain nombre de cas d'appendicite, d'origine soi-disant traumatique où aucune trace, aucun reliquat du trauma incriminé ne se

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

retrouve à l'examen de l'appendice, où celui-ci ne présente que les seules lésions macroscopiques et microscopiques de l'inflammation aiguë banale.

La question a une grosse importance médico-légale, puisque la responsabilité du traumatisme — si elle est admise — confère au blessé le droit à l'indemnisation de la crise appendiculaire et de toutes ses conséquences.

De l'exposé de son rapport, l'auteur tire les quatre conclusions suivantes :

1° La majorité des soi-disant appendicites traumatiques graves rentrent dans le cadre des contusions de l'abdomen, dont elles présentent les manifestations cliniques, entraînant les mêmes complications et comportant le même pronostic.

2° Il existe quelques cas, très rares, mais incontestables d'appendicite traumatique aiguë primitive vraie, survenue sur un appendice sain. La lésion traumatique, trop légère pour déterminer des accidents immédiats, s'est compliquée de lésions inflammatoires typiques.

3° On peut voir aussi des appendicites traumatiques « secondaires » ou « à manifestations retardées », aiguës ou chroniques, survenant sur un appendice sain, mais leur existence ne doit être acceptée qu'après enquête sur les antécédents du patient et l'histoire de l'accident incriminé, corroborée par des constatations opératoires et microscopiques.

4° Le réveil traumatique, le passage à l'état aigu d'une inflammation chronique assoupie est une éventualité possible. Le délai d'apparition des premiers symptômes ne doit pas alors dépasser quarante-huit heures.

De ces conclusions découlent quelques considérations médico-légales. Pour chacune des quatre variétés de lésions étudiées ci-dessus, l'auteur envisage successivement le cas où il s'agit d'un accident de travail et celui où il s'agit d'un accident de droit commun. Dans le premier cas, on ne tient pas compte des prédispositions morbides et des lésions latentes. Dans le second cas, l'état antérieur doit être pris en considération et les responsabilités doivent être partagées au prorata des lésions antérieures, d'une part, et des effets nocifs du traumatisme, d'autre part.

### *Discussion.*

M. J. LECLERCQ (de Lille), signale qu'il a eu l'occasion de rassembler quinze observations dans lesquelles il a pu attribuer à un traumatisme, soit le réveil d'une appendicite demeurée latente après une ou plusieurs crises antérieures, soit l'éclosion d'une première poussée inflammatoire de l'appendice.

Ces observations sont de nature à éclairer la genèse de certaines appendicites traumatiques par choc direct.

M. BALTHAZARD insiste sur la différence entre l'accident du travail et l'accident de droit commun. Mais il montre aussi la difficulté que l'on rencontre à faire la part de l'état antérieur et du traumatisme dans le développement d'une affection ultérieure, qu'il s'agisse d'une appendicite ou d'une affection syphilitique ou tuberculeuse.

M. DUVOIR fait observer que l'état antérieur diminue la durée probable de la vie du sujet et par conséquent

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

sa valeur sociale et l'indemnité qui lui est due en cas d'affection d'origine traumatique.

M. OLIVIER rapproche des cas d'appendicite traumatique une observation de diabète consécutif à un accident du travail, et qui a donné lieu à des contestations.

M. SAUTERAUD signale l'importance du siège et de la forme de l'appendice, en particulier de sa torsion, dans le développement des appendicites consécutives à un traumatisme. La torsion pourrait être due dans certains cas à l'accident lui-même.

## LA MÉDECINE AU PALAIS

### EXCERCICE ILLÉGAL ET ESCROQUERIE

Un bandagiste était poursuivi d'une part pour exercice illégal de la médecine, et d'autre part pour escroquerie dans des conditions assez curieuses.

Les parties civiles et le procureur de la République demandaient qu'il fût condamné comme escroc parce que, dans des réclames, il annonçait qu'il parcourait les localités de la région comme un éminent spécialiste, promettant la guérison à bref délai de toutes les hernies. En même temps il publiait des attestations de guérison totalement inexactes et des certificats fournis par de prétendus malades qui n'existaient que dans son imagination.

Le tribunal de Mortagne, puis la Cour de cassation ont estimé que ces faits ne constituaient que des mensonges ; qu'ils n'étaient qu'une réclame exagérée et blâmable, mais qu'ils n'avaient pas le caractère des manœuvres frauduleuses exigées par l'article 405 du Code pénal.

En effet, la jurisprudence de la Cour de cassation a établi à diverses reprises que des promesses mensongères de guérison ne constituent une escroquerie que quand elles sont accompagnées de manœuvres tendant à donner crédit à des informations trompeuses.

En ce sens : Amiens, 10 février 1854 (Dalloz, 55-2-62) et Cassation, 31 mars 1854 (Dalloz, 54-1-199).

Il en résulte qu'en l'absence de manœuvres frauduleuses proprement dites, les promesses de guérison ne constituent que des attestations mensongères qui légalement ne sont pas punissables.

Ainsi, dans un arrêt de la Cour de cassation du 21 juin 1855 (Dalloz, 55-1-304), la Cour a décidé

## LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

que ne commettait pas le délit d'escroquerie l'individu qui, sans être médecin, mais qui, sans prendre de faux noms ni de fausses qualités, s'était fait remettre de l'argent par un malade en échange de promesse de guérison qu'il était hors d'état de donner, dès l'instant qu'il ne s'était livré à aucune manœuvre.

De même, il a été jugé que les simples insertions dans les journaux, les affiches recommandant des remèdes infaillibles, les annonces avec indication de cure merveilleuse, malgré leur exagération, ne peuvent être assimilées aux manœuvres exigées par la loi.

Mais une autre question se posait dans cette affaire. Le bandagiste qui promettait la guérison fournissait des bandages herniaires. Il prenait des mesures pour fabriquer les bandages et appliquait les appareils fabriqués sur les malades.

La Cour a décidé que ces faits ne constituaient pas le traitement médical, et qu'en conséquence, le bandagiste ne participant à aucune opération chirurgicale, ne faisant que prendre des mesures sur les malades pour faire les bandages et les essayer, il n'y avait pas exercice illégal de la médecine.

C'est ce que le tribunal de Mortagne avait décidé en appréciant que le bandagiste avait la faculté de vérifier la pose de l'appareil que chaque cas nécessitait.

Le jugement du tribunal de Mortagne est ainsi conçu :

« Tribunal correctionnel de Mortagne, 2 décembre 1913.

« En ce qui concerne l'exercice illégal de la médecine :

« Attendu qu'il y aurait délit au cas seulement où les bandagistes prendraient part habituellement et d'une façon suivie au traitement des maladies ou affections chirurgicales ; qu'on leur reconnaît la faculté de vérifier la pose de l'appareil que chaque cas nécessite ;

« Par ces motifs, relaxe... »

Sur ce jugement, le ministère public fit appel et, par arrêt du 15 juillet 1914, la Cour de Caen rendit un arrêt confirmant le jugement de première instance et décidant de plus que, malgré l'exagération et l'invraisemblance des réclames employées par l'inculpé, celui-ci ne pouvait être poursuivi pour escroquerie puisqu'il n'avait employé cette publicité sur aucune manœuvre frauduleuse.

(*A suivre.*)

ADRIEN PEYTEL,
*Avocat à la Cour d'appel.*

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

*Séance du 19 juin 1931.*

**Hépatonéphrite aiguë grave. Urée, chlore, réserve alcaline. Guérison.** — MM. Merklen, Bicart et Adnot publient une observation d'hépato-néphrite aiguë grave qui, contre toute attente, s'est terminée par la guérison.

Début presque subit par des troubles digestifs et des douleurs dans la région hépatique ; subictère, vomissements réitérés. Agggravation progressive de l'état général avec forte albuminurie, cylindrurie, azotémie, hypothermie. Les phénomènes hépatiques ont cédé les premiers ; la situation est cependant restée alarmante encore pendant plusieurs jours ; l'albuminurie a disparu très rapidement ; 'azotémie, après être montée à 4,64, est tombée en un jour de 4,36 à 2,88.

Deux éléments ont contrebalancé les effets de la rétention de l'urée : une diurèse qui a atteint 3 500 grammes en pleine poussée d'azotémie, une augmentation soutenue de la concentration uréique urinaire. Forte azoturie comme dans bien des hépatonéphrites.

Crise chlorurée contemporaine de la crise de diurèse et d'urée.

Hypochlorémie plasmatique avec hypochlorémie globulaire passagère. Réserve alcaline basse à 18 et 19.

La malade a reçu environ 14 litres de sérum chloruré et 4 litres de sérum glucosé.

Les auteurs insistent sur l'absence d'effets de la rechloruration vis-à-vis du taux de l'urée sanguine et de l'état général, comme il est de règle dans les azotémies vraiment rénales. Ils croient par contre à l'action de l'hydratation ; ils estiment qu'elle a sauvé la malade, qui a eu la chance que ses tissus ne retiennent pas l'eau et que ses reins se soient montrés perméables à cette dernière.

Ils distinguent les vomissements qui commandent la chloropénie, source d'azotémie, et ceux des azotémies rénales qui provoquent de l'hypochlorémie plasmatique, voire quelquefois globulaire, mais sans que rien permette de conclure à de la chloropénie tissulaire. La réserve alcaline, haute dans le premier cas, assez souvent basse dans le second, a un gros intérêt diagnostique.

Ils soulignent enfin à leur tour le syndrome constitué par l'azotémie, la réserve alcaline basse et l'hypochlorémie totale, individualisé par Rathery et Sigwald à la période terminale des néphrites chroniques. Ils indiquent qu'on le rencontre aussi dans les néphrites aiguës, témoin leur cas, où il n'empêche pas la guérison consécutive.

M. Rivet relate à ce propos un cas d'hépato-néphrite aiguë spirochétosique, dans lequel l'azotémie s'éleva progressivement à 5gr,63 et la mort survint avec des phénomènes hémorragiques en dépit de la réapparition de la diurèse obtenue à l'aide d'instillations rectales de sérum glucosé.

**Hémothorax traumatique enkysté dans l'interlobe.** — M. A. Gendron (de Nantes) rapporte l'observation d'un homme qui, à la suite d'un coup de couteau au niveau du mamelon droit, présenta des signes d'épanchement suspendu. L'examen radiologique pratiqué sept semaines après la blessure montra, en position frontale, une opacité ovoïde volumineuse à contours nets occupant tout l'hémithorax droit hormis le sommet et les deux culs-de-sac diaphragmatiques. De profil, l'ombre apparaissait « en écharpe » de haut en bas et d'arrière en avant, revêtant l'aspect caractéristique des collections interlobaires.

Trois ponctions évacuèrent 400 centimètres cubes de sang représentant approximativement le tiers de l'épanchement. Le sang retiré était incoagulable ; sa culture donna du staphylocoque blanc. Au cours du troisième mois de la maladie se produisit une effraction temporaire de la collection dans les bronches se traduisant par une expectoration hémoptoïque intermittente.

L'amélioration fonctionnelle et générale fut rapide et régulière, mais l'ombre pathologique, en raison de son volume considérable, ne disparut totalement qu'au bout de six mois.

Cette observation est exceptionnelle du fait de l'enkystement d'un hémothorax traumatique volumineux dans une scissure.

**Sur un cas d'hémiplégie pleurale.** — MM. P. Pruvost, André Meyer et Stanislas de Sèze rapportent un cas d'hémiplégie dite « pleurale » survenue, chez une jeune fille de dix-sept ans, à l'occasion d'une tentative de pneumothorax artificiel (deuxième insufflation). Il s'agissait d'un pneumothorax difficile, en plèvre cloisonnée. Les auteurs insistent surtout :

1° Sur la symptomatologie de ces accidents nerveux, où l'on trouve, en plus de l'hémiplégie, des phénomènes de contracture, des phénomènes convulsifs et des signes d'irritation pyramidale des deux côtés. Symptomatologie produisant une imitation corticale diffuse à prédominance unilatérale ;

2° Sur le fait que la blessure du poumon fut, dans ce cas, certaine, attestée par l'apparition immédiate de quelques crachats sanglants.

Cette même symptomatologie et cette même circonstance étiologique, qui se retrouvent dans la plupart des cas d'hémiplégie dite pleurale, constituent deux arguments de grosse valeur en faveur de l'origine embolique (embolie gazeuse) de l'*hémiplégie « pleurale »*, ainsi que des accidents convulsifs décrits sous le nom d'*épilepsie pleurale*. Ils viennent s'ajouter d'ailleurs à d'autres arguments tirés de la clinique, de l'anatomie pathologique et de l'expérimentation.

Dans ce cas qui évolua vers la guérison, les auteurs avaient mis en œuvre une thérapeutique vaso-dilatatrice précoce et énergique : injection sous-cutanée de 1gr,20 d'acétylcholine en l'espace de quelques heures.

**Quand pratiquer la splénectomie au cours des purpuras hémorragiques récidivants ?** — MM. Abrami, Darré, Mme Bertrand-Fontaine, MM. Lichtwitz et Fouquet rapportent l'observation d'un homme de quarante ans, hémogénique depuis l'enfance, chez lequel une première grande hématémèse au début de 1930 avait marqué le début d'un purpura ecchymotique. Une deuxième grande hématémèse en décembre 1930 précède immédiatement un syndrome hémorragique grave, avec nouvelles hématémèses, épistaxis, gingivorragies, accompagné d'anémie progressive et de fièvre. Les hémorragies ne cèdent qu'à la splénectomie, mais le malade succombe quelques jours après l'opération, des suites d'une infection broncho-pulmonaire et péritonéale.

Les auteurs insistent sur l'absence de tout élément clinique de pronostic dans ces états de purpuras hémorragiques ; ni l'étude du temps de saignement, qui est très

## SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

variable, ni les modifications sanguines ne permettent de prévoir la gravité de l'évolution, l'allure progressive de l'anémie. Dans ces conditions, la temporisation et l'essai de toutes les méthodes thérapeutiques usuelles a conduit à un désastre, qui aurait peut-être été évité si la splénectomie avait été pratiquée dès le début de la période hémorragique de ce purpura chronique.

**Au sujet du début des lésions d'hépatite et de cholécystite au cours d'une infection générale.** — MM. G. ALBOT, F. THIÉBAUT et M. DA COSTA rapportent l'observation d'une malade dont l'histoire se déroula en trois phases successives : première phase d'entérocolite, seconde phase d'infection générale avec éléments éruptifs d'allure cyclique, troisième phase d'hépato-cholécystite. Une cholécystectomie et une biopsie du foie (technique mitochondriale) ont permis d'observer le stade tout initial d'une cholécystite catarrhale et d'une hépatite diffuse d'apparition simultanée dont les auteurs décrivent les caractères en rappelant le travail antérieur de G. Albot et J. Caroli. L'intérêt de cette observation réside dans ce fait que le hasard des circonstances a permis de surprendre la phase de début de l'hépato-cholécystite au cours d'une infection générale à point de départ intestinal.

**Le rôle antitoxique illusoire de la saignée.** — MM. A. TZANCK et J. CHARRIER. — On admet communément que la saignée est susceptible de jouer un rôle antitoxique. Ce rôle est en réalité négligeable, car les substances nocives sont réparties dans toutes les humeurs de l'organisme et la quantité supprimée par la saignée est minime en rapport des éléments nobles du sang qui sont prélevés avec elle. Lemierre et Bernard avaient déjà montré chez l'homme, dans 11 cas, que les saignées massives n'influaient guère sur l'azotémie. Expérimentalement, sur le chien, Tzanck et Charrier montrent, en réalisant la ligature des deux uretères, que si l'azotémie atteint 5 grammes par litre, une saignée pourtant égale à la moitié de la masse sanguine, suivie de réinjection d'une quantité égale de sang frais, ne fait pas baisser l'azotémie de façon appréciable, et la mort n'est pas retardée par cette intervention.

Ce n'est donc pas à ses propriétés d'élimination de substances toxiques que la saignée doit son efficacité.

M. ÉTIENNE BERNARD a pu constater que chez des sujets azotémiques ou chez des sujets normaux, la saignée ne provoque jamais de diminution de l'urée sanguine.

M. RATHERY. — L'azotémie ne peut guère servir de test en pareil cas. Il existe une différence entre l'urée, répandue dans tout l'organisme et les substances toxiques.

M. MARCEL LABBÉ. — De nombreux exemples démontrent cependant la valeur de la saignée chez les urémiques.

M. LÉON BERNARD. — La saignée n'a peut-être pas d'action antitoxique, mais elle possède une action thérapeutique certaine.

M. PAGNIEZ admet cliniquement l'action antitoxique de la saignée.

M. RIST. — La saignée n'a qu'une action très fugitive sur la pression artérielle.

**Syndrome infectieux à poussées graves chez un prématuré. Heureuse influence du savon d'acridine.** — M. MAURICE RENAUD commente l'observation d'un nourrisson, prématuré né à sept mois d'une mère tuberculeuse cachectique.

*Première phase.* — Ne pesant à la naissance, le 7 septembre, que 1 700 grammes, l'enfant présente dès le troisième jour un état infectieux grave, avec érythème et ictère. La température descendit à 35° et le poids tomba à 1 450. Faite au quinzième jour, alors que la situation paraissait désespérée, une injection de savon d'acridine (par la fontanelle) rétablit immédiatement la situation.

*Deuxième phase.* — La santé de l'enfant fut parfaite jusqu'en janvier. La croissance fut particulièrement rapide et régulière, l'enfant étant nourri de lait floculé corsé de protéines viscérales et le poids atteignit en janvier 4 400 grammes.

*Troisième phase.* — En janvier, la situation s'altère. Petits épisodes infectieux. Le 25 de ce mois, une double paracentèse draine une double otite suppurée.

*Quatrième phase.* — L'intervention est suivie d'une période heureuse. Le poids atteint en mars 5 400.

*Cinquième phase.* — Dès ce début de mars, l'état général s'altère. L'enfant dépérit. Aucune symptomatologie nette. Le poids reste absolument stationnaire jusqu'au début de juin.

Après quelques petits épisodes témoignant que l'infection est toujours latente, survient le 7 juin un épisode infectieux des plus dramatiques avec température en plateau à 40°. Le 11, l'enfant est dans la torpeur et ne boit plus, la situation paraît irrévocablement désespérée. Deux injections de savon d'acridine sont suivies de la sédation presque immédiate de tous les symptômes.

*Sixième phsae.* — Depuis cet incident, l'enfant est en parfaite santé et se développe admirablement.

Cette observation, d'après M. Renaud, illustre de façon singulière quelques-uns des principes qu'il tient pour fondamentaux de la pathologie du nourrisson.

A savoir :

1° Rôle primordial de l'infection ;

2° Importance des otites occultes et suppurations du rocher ;

3° Excellence des régimes mixtes précocement donnés.

Elle donne enfin une preuve remarquable de l'innocuité et de l'efficacité du savon d'acridine dans les états infectieux dont on doit attendre beaucoup, même dans la première enfance, où l'on était jusqu'à maintenant complètement désarmé.

**Ostéomalacie traitée par l'Ergostérol irradié.** — MM. P. HARVIER et A. LAFITTE présentent une malade atteinte d'ostéomalacie, se manifestant par des douleurs osseuses, un tassement du thorax dans le bassin, des fractures spontanées multiples, une raréfaction osseuse radiologique. L'examen du sang a décelé une hypocalcémie totale avec hypophosphtémie. Trois ans auparavant, cette malade avait été soignée pour une crise de tétanie. A l'âge de vingt-huit ans, elle avait subi une ovariotomie et, depuis de longues années, elle était soumise à un régime carencé, tant au point de vue qualitatif que quantitatif.

Cette malade fut soumise au traitement par l'ergostérol irradié, d'abord à la dose d'un centigramme par jour, sans autre résultat qu'une diminution de douleurs, puis, à la dose quotidienne de 4 centigrammes. Or, dix jours après l'ingestion de cette dernière dose, l'amélioration devint véritablement surprenante, au point que la malade, qui jusque-là ne pouvait marcher que pénible-

# SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

ment appuyée sur deux cannes, put marcher seule, sans appui, monter et descendre les escaliers, et mobiliser tous ses membres sans efforts et sans douleurs. Parallèlement, on constata un relèvement du taux du calcium et du phosphore dans le sang, et la radiographie montra un début de récalcification des os et une consolidation osseuse des fractures. La malade a parfaitement toléré ces fortes doses d'ergostérine, qui ont été prolongées pendant plus de trois mois.

MAURICE BARIÉTY.

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

*Séance du 6 juin 1931.*

**Modifications de la pression rachidienne dans l'alcalose expérimentale.** — Mlle M. LEBERT montre que l'acalinisation du milieu humoral d'un chien s'accompagne d'une hypertension rachidienne notable, progressive et durable; cette hypertension n'est pas corrigée par l'injection d'acide chlorhydrique qui pourtant ramène la réserve alcaline à son taux normal.

**Action expérimentale de la spartéine sur la moelle ; rachi-anesthésie spartéinique.** — M. FERNAND MERCIER montre que, chez le chien chloralosé, l'injection intrarachidienne de solution concentrée de sels de spartéine (1 à 2 centimètres cubes de solution de 3 p. 100 à 5 p. 100) exerce une action paralysante sur les voies sensitives lombaires. La rachi-anesthésie spartéinique ainsi obtenue peut durer de une à deux heures suivant la dose injectée.

**Un nouveau test d'anaphylaxie chez l'homme : le sérum d'un homme sensibilisé, injecté à un lapin préparé avec la protéine sensibilisante, peut déclencher un choc.** — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC, Mme A. HUGO et M. PAUL GIROUD ont préparé des lapins avec divers extraits protéiniques. Après un temps d'incubation de seize à quarante-cinq jours ils ont injecté chacun de ces lapins avec le sérum d'un homme sensibilisé à l'extrait correspondant. Sur 16 expériences, 6 résultats positifs ont été obtenus : les lapins faisaient dans ces cas positifs une chute de tension artérielle très accentuée ayant la modalité de celle observée dans le choc anaphylactique.

Cette épreuve démontre la possibilité de réaliser un choc anaphylactique en injectant le sérum d'un homme sensibilisé, qui contient l'anticorps spécifique, à un lapin qui a reçu plusieurs jours auparavant l'antigène sensibilisant. Elle a donc un intérêt théorique. Mais, comme test d'anaphylaxie chez l'homme, elle est peu applicable dans la pratique courante parce que, d'après nos expériences, la sensibilisation des lapins par les extraits protéiniques — condition indispensable pour la réalisation de cette épreuve — n'est facilement obtenue qu'avec l'extrait de squames de cheval.

**Sensibilisation du lapin par les extraits protéiniques.** — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC, Mme A HUGO et M. PAUL GIROUD ont préparé des lapins avec des extraits protéiniques qui donnent des réactions par cuti-réaction ou injection intradermique chez des hommes sensibilisés à ces protéines. Chaque lapin recevait un des extraits suivants : extrait de squames de cheval, extrait de poils de chat, extrait de dactyle aggloméré, extrait de farine de blé. Après un temps d'incubation de trois semaines, l'injection déchaînante était pratiquée avec l'extrait correspondant. L'extrait de squames de cheval a sensibilisé le lapin dans 6 cas sur 8. Les autres extraits n'ont pas sensibilisé.

Cette possibilité de sensibiliser l'animal avec les extraits protéiniques comme on le fait avec les protéines anaphylactogènes telles que le sérum, la lactalbumine ou l'ovalbumine, est un nouvel argument pour identifier l'anaphylaxie humaine avec l'anaphylaxie expérimentale.

**Action trypanocide du stibiothiopropanol sulfonate de sodium.** — M. F. LÉPINE a étudié l'action thérapeutique du stibiothiopropanol sulfonate de sodium, et montre que ce corps, qui jouit d'une activité trypanocide manifeste dans l'infection expérimentale du lapin et de la souris à *Trypanosoma gambiense, Brucei* et *Evansi*, se place parmi les composés actifs de l'antimoine et paraît pouvoir être utilisé en thérapeutique.

**Influence de la constitution chimique sur les propriétés cryptotoxiques des acides-phénols.** — M. L. VELLUZ a recherché s'il est possible de rattacher les propriétés cryptotoxiques du diiodosalicylate de sodium à une fonction chimique déterminée. D'après ses résultats. l'activité de la molécule salicylique ne doit être liée qu'à la *présence et à la position de la fonction acide.* Le groupe phénolique d'une part (en ortho), l'iode, d'autre part, ne font qu'exalter l'activité moins marquée, moins nette de l'acide aromatique le plus simple, l'acide benzoïque déjà étudié par H. Vincent., Pour l'auteur, un facteur physique essentiel intervient dans la plupart des phénomènes cryptotoxiques, c'est l'insolubilité marquée, dans l'eau, de l'acide organique dont on utilise un sel soluble comme agent cryptotoxique.

**Insuline et oxalémie.** — MM. LŒPER, P. SOULIÉ et J. TONNET étudient l'origine de l'acide oxalique dans la biologie animale, la biologie végétale, au cours de l'autolyse des tissus du ténia et concluent, après des expériences sur l'oxalémique et le diabétique, à l'origine hydrocarbonique de l'acide oxalique. Celui-ci résulte de la transformation des glucides au ralenti. L'insuline peut être considérée comme une thérapeutique de l'oxalémie, car elle abaisse parallèlement le taux de l'acide oxalique et du glucose du sang.

**Culture in vitro de l'ultravirus tuberculeux.** — MM. G. SANARELLI et A. ALESSANDRINI (de Rome), laissant pour quelque temps, dans la cavité péritonéale de lapins, des sacs doubles de collodion (l'un des sacs placé au dedans de l'autre), ont réussi à voir et à capturer, *in vitro*, les formes primordiales et élémentaires de l'ultra virus tuberculeux. Les colonies obtenues par l'ensemencement de ces formes élémentaires sont repiquables en série. Les formes primordiales de l'ultravirus tuberculeux ne sont pas acido-résistants. Elles acquièrent l'acido-résistance seulement après leur passage, *in vivo*, à travers les sacs de collodion ou après un long développement *in vitro* et dans l'étuve, sur des milieux favorables.

**Influence de la castration sur les variations saisonnières des combustions respiratoires chez le chien.** — MM. MAIGNON et GUILHON ont opéré la castration sur des chiens mâles adultes, aux différentes époques de l'année, et ont constaté que la chute des combustions est forte et peut dépasser 50 p. 100 à l'époque des maxima de la courbe, tandis qu'elle est faible à l'époque des minima

## SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

hiver et été. Ils expliquent ainsi les divergences dans les résultats obtenus par les auteurs. Ils ont montré, en outre, qu'au bout de quelques semaines, un phénomène de suppléance se produit, peut-être sous la dépendance de l'hypophyse. Les combustions, après s'être abaissées, se relèvent et, à partir de ce moment, le sujet castré redevient sensible aux variations saisonnières et ses combustions présentent des variations analogues à celles des témoins.

**Action expérimentale de certains éthers-sels de la choline sur les effets cardio-vasculaires de l'embolie cérébrale expérimentale.** — MM. VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON et S. DE SÈZE ont étudié l'action de l'acétylcholine et de l'α-méthylacétylcholine, injectées par la voie sous-cutanée, sur les effets cardio-vasculaires de l'embolie cérébrale expérimentale.

L'injection sous-cutanée d'acétylcholine, à la dose de 0gr,05 par kilogramme, exerce une action modératrice sur l'hypertension paroxystique consécutive à l'embolie cérébrale. Elle exagère au contraire la bradycardie et l'augmentation des oscillations systolo-diastoliques.

Les auteurs insistent particulièrement sur le fait suivant : chez l'animal préparé par une injection sous-cutanée d'acétylcholine, l'embolie cérébrale ne détermine, contrairement à ce qu'on observe d'habitude, *aucune vaso-constriction de l'artère rétinienne.*

**Etude des effets cardio-vasculaires de l'embolie cérébrale expérimentale après la surrénalectomie.** — MM. MAURICE VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON et STANISLAS DE SÈZE se sont proposé d'approfondir le mécanisme de l'hypertension immédiate et passagère que détermine encore chez le chien décapsulé l'embolie cérébrale expérimentale (Roger).

Les auteurs arrivent aux conclusions suivantes :

1° L'hypertension paroxystique déclenchée par l'embolie cérébrale représente la conséquence commune de la mise en jeu de trois facteurs hypertensifs. 1° Facteur adrénalinique : hypertension tardive et durable supprimée par l'ablation des surrénales ; 2° facteurs cardiaques supprimés par l'injection d'atropine ou la vagotomie ; 3° facteurs vaso-moteurs d'origine réflexe; supprimés par l'injection de chlorhydrate d'yohimbine.

Tournade a insisté sur l'origine complexe (adrénalinique, cardiaque et vaso-notrice) d'un certain nombre d'hypertensions paroxistiques eypérimentales. Ces expériences démontrent que l'hypertension post-embolique ressortit également à ce triple mécanisme.

**Essai de culture des éléments filtrables des bacilles paratuberculeux.** — M. C. NINNI. montre que l'ensemencement dans le milieu de Sauton, des ganglions lymphatiques inoculés avec les filtrats de diverses souches de bacilles acido-résistants (bacille de la fléole, bacille du beurre « souche Darier », Grass-bacillus, bacille de la tortue « souche Friedmann ») et traités par l'acide sulfurique à 3 p. 100, est suivi d'une multiplication de bacilles acido-résistants typiques qui apparaissent du sixième au dixième jour.

Les bacilles développés ne forment pas de colonies macroscopiques et ne sont pas repiquables.

Ils sont d'autant plus nombreux que les débris du ganglion ensemencés avec eux sont plus abondants et que le ganglion a été prélevé plus tardivement.

Il n'existe pas de parallélisme entre la recherche microscopique des bacilles acido-résistants dans les frottis du ganglion inoculé avec les filtrats, et la recherche microscopique de ces bacilles dans le milieu de Sauton, car on peut obtenir une culture à partir de ganglions inoculés pour lesquels l'examen direct avait été apparemment négatif.

Il semble donc que les éléments filtrables des bacilles acido-résistants donnent naissance à des éléments bacillaires typiques bien plus fréquemment que l'observation directe ne permet de le constater.

**Les éléments filtrables des bacilles tuberculeux aviaires et des bacilles paratuberculeux.** — M. C. NINNI, montre que les cultures de bacilles paratuberculeux pathogènes (Johne) ou non pathogènes (Grass-bacillus, bacille de la fléole, bacille du beurre, « type souche Darier »), les types intermédiaires (Blondin, « souche Saenz »), les bacilles paratuberculeux des animaux à sang froid et les bacilles tuberculeux aviaires, contiennent des éléments filtrables comme les bacilles tuberculeux des mammifères.

Ces éléments filtrables peuvent être mis en évidence par l'inoculation directe dans les ganglions cervicaux du cobaye, où ils donnent naissance à des bacilles visibles acido-résistants.

**Action combinée des solutions hypertoniques et de la dionine sur la circulation des liquides intra-oculaires.** — D'après M. BONNEFON, il résulte de ses recherches que les injections sous-conjonctivales de NaCl et de dionine à hautes doses déclenchent par osmose et dialyse un véritable drainage du corps vitré.

**Contribution à l'étude de l'allergie.** — M. PAUL BORDET. — L'injection intraveineuse d'une suspension assez dense de *Barterium coli*, détermine chez les cobayes tuberculeux, qu'elle tue en quelques heures, des lésions de congestion abdominale aiguë et d'hyperémie des foyers d'infection spécifique identiques à celles qui caractérisent l'intoxication tuberculinique. Comme celle-ci, l'intoxication par le *B. coli.* s'accompagne de la reviviscence des cicatrices laissées par les intradermo-réactions à la tuberculine antérieurement pratiquées. On observe le même tableau d'intoxication après injection intraveineuse de *B. coli.* tué chez les cobayes préalablement inoculés de BCG dans le péritoine.

*Séance du* 13 *juin* 1931.

**Les albumines sériques dans le diabète consomptif.** — M. F. RATHERY et Mlle LEVINA ont recherché systématiquement chez un certain nombre de diabétiques l'état des albumines sériques ; ils ont étudié les rapports pouvant exister entre ces albumines et le trouble du métabolisme glucidique.

Chez les diabétiques consomptifs non traités par l'insuline, le taux global des albumines sériques est sensiblement normal, souvent un peu élevé; par contre, la sérine est ordinairement abaissée et cet abaissement correspond à des formes graves; la globuline est ordinairement augmentée : le rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$ est abaissé.

Chez les diabétiques consomptifs traités par l'insuline, le taux des albumines globales s'abaisse, la sérine est peu

# SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

modifiée ; par contre la globuline s'abaisse et le quotient $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$ se relève.

**L'hypoglycémie provoquée chez les diabétiques.** — MM. Marcel Labbé, R. Boulin, A. Escalier et Uhry ont pu montrer que l'injection intraveineuse de douze unités d'endopancrine détermine un abaissement de glucose pour cent et par minute plus faible que chez les sujets normaux, et en relation avec la gravité du diabète.

**Intérêt de la spléno-contraction adrénalinique dans le diagnostic de certaines formes de leucémies aiguës.** — MM. Marcel Labbé, R. Boulin et M. Petresco rapportent les résultats de la spléno-contraction adrénalinique dans certaines formes de leucémies aiguës. Elle est destinée à faciliter le diagnostic, principalement dans les cas où l'élévation du taux leucocytaire est très faible, et l'anémie avec réaction normoblastique très accentuée. L'injection sous-cutanée d'un milligramme d'adrénaline provoque après quinze minutes une spléno-contraction qui se traduit par une importante élévation du chiffre des leucocytes, une augmentation des érythrocytes, l'apparition de formes jeunes inexistantes dans les examens antérieurs et l'élévation du taux d'éléments jeunes préexistants.

**Le potassium dans le plasma et le sérum à l'état normal.** — Mlle Jeanne Lévy et M. Pacu ont étudié le potassium du plasma et du sérum par la technique de Blanchetière et Pierlot, soit après destruction nitro-perchlorique, soit après désalbumination par l'acide trichloracétique, qui paraît préférable.

Le taux moyen du potassium dans le plasma normal est de 0gr,220 chez l'homme et 0gr,233 chez le chien. Il est égal à celui du sérum si l'on évite toute hémolyse.

**Le potassium dans le sang et les liquides pleurétiques.** — M. Ch. Achard, Mlle Jeanne Lévy et M. Pacu. — Dans le liquide des pleurésies tuberculeuses, les taux de potassium, de sodium et de calcium ont une valeur moindre que dans le plasma, où ils diffèrent peu de l'état normal.

**Etude comparative des différentes méthodes cholémimétriques.** — MM. Etienne Chabrol, R. Charonnat et A. Busson ont poursuivi cette étude sous le contrôle d'une bilirubine de Merck étalon. Leurs conclusions sont éclectiques. Pour suivre l'évolution d'un ictère catarrhal, on peut se contenter de la colorimétrie, en employant par exemple une solution d'acide chromique comme MM. Chabrol et Bénard l'ont proposé en 1922, lorsqu'ils ont étudié la teneur en pigments du liquide duodénal. La méthode oxydante de Fouchet, d'exécution facile, se prête elle aussi à l'étude approximative des hypercholémies. Pour l'étude des cholémies légères et des hypocholémies, il est indispensable de faire appel aux diazo-réactions : la méthode indirecte d'Hymans Van den Bergh est extrêmement sensible ; c'est une excellente technique qualitative ; toutefois l'addition d'alcool au sérum sanguin entraîne de telles variations dans la déperdition de la bilirubine que l'on ne peut faire de la diazo-réaction indirecte un procédé de dosage. C'est pour remédier à cet inconvénient que les auteurs ont proposé la diazo-réaction limite directement pratiquée sur le sérum sanguin. Leur méthode permet de déceler et de graduer les hypocholémies jusqu'au taux de 2 milligrammes de bilirubine par litre. Elle complète ainsi les renseignements de la réaction oxydante de Gilbert et Herscher qui est rigoureusement exacte, mais dont la sensibilité ne dépasse pas le chiffre de 2 centigrammes de bilirubine pour 1000 centimètres cubes.

**Altérations expérimentales des portions moyenne et terminale du complexe ventriculaire électrocardiographique (injections intra myocardiques de nitrate d'argent).** — MM. C. Lian et F.-P. Merklen ont repris l'étude des modifications électrocardiographiques consécutives à l'injection intra myocardique d'une solution caustique de nitrate d'argent chez le chien. Ils montrent que l'allure monophasique, en demi-dôme ou demi-cupule, ou la dénivellation marquée du segment RT ou ST du complexe ventriculaire peut être provoquée par l'altération d'un point quelconque du myocarde ventriculaire, et que le sens de la dénivellation du segment RT ou ST dans les diverses dérivations n'est pas caractéristique du siège de la lésion myocardique.

**Altérations expérimentales des portions moyenne et terminale du complexe ventriculaire électrocardiographique (compression de l'artère pulmonaire).** — MM. C. Lian et F.-P. Merklen ont obtenu par compression passagère de l'artère pulmonaire chez le chien une dénivellation du segment ST du complexe ventriculaire, qui alla jusqu'à réaliser dans un cas une véritable demi-cupule. Ils attribuent cette déformation électrocardiographique à l'ischémie myocardique qui résulte de cette interruption de la circulation pulmonaire, et rappellent que H. Fredericq a obtenu une transformation monophasique du complexe ventriculaire par compression des veines caves. Rapprochant ces diverses données expérimentales des expériences récentes de Clerc et Quinquaud qui ont obtenu une transformation monophasée du complexe électrique du cœur chez le chien par traction sur l'apex ventriculaire, ils considèrent que l'apparition de la grande onde monophasique ou d'une dénivellation marquée du segment RT ou ST du complexe ventriculaire peut résulter non seulement de lésions anatomiques, mais encore d'une simple perturbation fonctionnelle d'une zone quelconque du myocarde.

**Magnesium et rachitisme expérimental.** — MM. Mouriquand, Leulier et Mme Roche ont précédemment montré l'action antifixatrice du Ca de diverses substances et en particulier de l'adrénaline, de l'iode, du strontium. Dans la note présente ils montrent que l'adjonction au régime 85 de carbonate de Mg aggrave considérablement elle aussi le rachitisme expérimental en exagérant les pertes phosphorées et calciques.

Ce *rachitisme du magnésium*, bien que voisin du *rachitisme du strontium*, en diffère par quelques côtés, en particulier par la fréquence des paralysies et par des signes radiographiques spéciaux, relevant de lésions histologiques en cours d'étude.

**L'acrocyanose orthostatique. Sa valeur dans la catatonie. Mécanisme et étiologie.** — MM. Claude et Baruk décrivent dans la catatonie le syndrome vasculaire suivant : en position couchée, les membres inférieurs sont pâles, parfois exsangues ; en position verticale, on voit presque instantanément apparaître une rougeur intense des membres inférieurs remontant des extrémités à la racine, et aussi, bien que moins marquée, aux membres supérieurs. Cette rougeur disparaît immédiatement en

## SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

position horizontale. Ces phénomènes ne sont en rien comparables à la légère rougeur qui peut se produire à la longue en position verticale à l'état normal. L'acrocyanose orthostatique s'observe surtout dans la catatonie de Kahlbaum avec grande raideur ; elle est au contraire rare dans la démence précoce hébéphrénique. Elle disparaît d'une façon frappante au cours des rémissions.

Les auteurs l'attribuent à une inertie vasculaire, et à des atteintes centrales, en particulier des centres végétatifs cérébraux.

**La pression artérielle moyenne, l'indice oscillométrique et l'angiospasme orthostatique dans la démence précoce hébéphrénique.** — MM. H. BARUK, S. LAPEYRE et ALBANE ont étudié à ce sujet 23 cas rigoureusement sélectionnés d'hébéphrénie offrant l'aspect clinique de la « stupidité ». Dans 13 cas ils ont trouvé une élévation de la tension artérielle moyenne. Cette forte proportion d'élévation de la tension moyenne a d'autant plus d'importance qu'il s'agissait en général de cas avec hypotension maxima.

L'indice oscillométrique était diminué dans 19 cas. Enfin l'angiospasme orthostatique décrit par De Meyer et Von Bogaert et recherché suivant la technique de ces auteurs, s'est montré inconstant et parfois inversé.

**Contamination causée par des acares et simulant un retour de virulence du BCG.** — M. PUNTONI (de Rome), à l'occasion d'une infestation acarienne dans une collection bactériologique, a vu les arthropodes, en se transportant d'un tube de culture à l'autre, et émigrant ainsi d'une souche tuberculeuse virulente (bovine Vallée) à une souche tuberculeuse avirulente (BCG), occasionner une contamination de cette dernière. L'inoculation au cobaye de la culture de BCG contaminée de la sorte a déterminé le développement d'une tuberculose.

**Une protéine injectée à un lapin préparé avec le sérum d'un homme sensibilisé à la protéine correspondante ne déclenche pas de choc anaphylactique.** — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC, Mme A. HUGO et M. PAUL GIROUD ont précédemment montré que l'on pouvait obtenir parfois un choc anaphylactique en injectant du sérum d'homme sensibilisé à des lapins préparés au moins seize jours auparavant par un extrait protéinique correspondant. Ils se sont demandé si, à l'inverse, le sérum d'homme sensibilisé à une protéine ne fait pas apparaître chez le lapin des anticorps susceptibles de donner un choc anaphylactique lors de l'injection seconde de la protéine correspondante. Ils ont préparé des lapins avec des sérums d'hommes sensibilisés à différentes protéines et leur ont injecté, après vingt jours au moins, la protéine sensibilisante. Ils n'ont jamais observé de chute de tension artérielle ayant l'allure de celle du choc anaphylactique. On peut donc en conclure qu'une protéine injectée à un lapin préparé avec le sérum d'un homme sensibilisé à la protéine correspondante ne déclenche pas de choc anaphylactique.

**Chez le lapin, un premier choc peut ne pas préserver d'un second choc.** — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC, Mme A. HUGO et M. PAUL GIROUD rappellent qu'il est de notion courante qu'un choc préserve pendant plusieurs heures vis-à-vis d'un autre choc. Or, au cours de leurs expériences sur le lapin, ils ont constaté que cette action préservatrice pouvait faire défaut. Ils concluent : 1° des injections successives et assez rapprochées d'extrait protéinique chez un même lapin neuf peuvent déterminer des chutes de tension artérielle successives, témoins d'un choc protéique ; 2° après l'injection seconde, chez des lapins sensibilisés, une chute de tension artérielle, caractéristique d'un choc protéique, peut être suivie d'une chute de tension artérielle du type anaphylactique ; 3° une chute de tension artérielle du type anaphylactique peut ne pas empêcher l'apparition d'une nouvelle chute de tension artérielle du type protéique après réinjection chez le même animal d'une nouvelle protéine.

**Sur les propriétés des hydrates d'aluminium vis-à-vis de la toxine tétanique.** — M. LÉON VELLUZ, dans des expériences précédentes, a montré que les gels aluminiques décrits par Wilstätter sous le nom de gels β ont une haute capacité d'adsorption pour la toxine tétanique, alors que cette propriété est peu accusée pour les gels α.

D'après les résultats de nouvelles recherches poursuivies sur ces gels, l'auteur a observé que la forme α pouvait atténuer la toxine tétanique, et même en neutraliser vingt doses mortelles. La netteté de ce phénomène disparaît si on utilise l'alumine. Le fait de noter des propriétés aussi différentes pour deux gels aluminiques voisins semble devoir imposer des conclusions d'ordre pratique en immunologie.

**Pouvoir antigène du sang fœtal.** — MM. L. NATTAN-LARRIER et L. RICHARD ont vu que le sang des fœtus possède un pouvoir antigène à l'égard de l'organisme des animaux adultes qui appartiennent à la même espèce qu'eux. On peut déceler les propriétés du sang fœtal en préparant des cobayes adultes par de multiples injections de sang de fœtus de cobaye ; on obtient ainsi un sérum qui, mis en présence d'un sérum fœtal, dévie le complément. Les femelles pleines ne sont pas préparées à l'égard du sang de leurs fœtus, fait qui semble démontrer que le placenta ne se laisse pas traverser par l'antigène fœtal.

F.-P. MERKLEN.

### SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

*Séance du 1er mai 1931.*

**A propos de la tuberculose primitive de l'uretère.** — M. LE FUR, en rappelant les cas de tuberculose primitive de l'uretère qu'il a déjà publiés, montre que pour voir se produire ces manifestations tuberculeuses, il faut : 1° qu'il y ait des bacilles de Koch dans l'organisme ; 2° que l'organe soit déficient par lésion congénitale ou inflammatoire constituant un lieu de moindre résistance La tuberculose primitive de l'uretère se fait toujours par voie sanguine ou lymphatique.

**A propos de la gastrectomie.** — M. DUPUY DE FRENELLE insiste sur les avantages du drainage par les lames de caoutchouc gaufrées, qui sont moins dangereuses pour les sutures et forment une cloison plus étanche qui guide les liquides vers l'extérieur. Il présente un modèle des lames de caoutchouc sur lesquelles est collée une série de tubes irrigateurs qui facilitent le drainage de la lame par l'irrigation d'antivirus, de bouillons-lysats et de ferments lactiques.

*(A suivre).*

# RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS POUR MALADIES DU CŒUR DES VAISSEAUX ET DU SANG

**ADOVERNE ROCHE.** — Glucosides cardiotoniques de l'*Adonis vernalis*. Etalonnage physiologique. Propriétés : diurétique, eupnéique, cardiotonique, neuro-sédative. Gouttes, granules.

*Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 21, place des Vosges, Paris.*

**AMPOULES BOISSY DE NITRITE D'AMYLE,** pour inhalations, la plus active des préparations nitritées, calme instantanément les crises d'angine de poitrine.

*A. Boissy, 49, rue Hoche, Courbevoie (Seine).*

**CARDIBAINE** (ouabaïne cristallisée chimiquement pure). — A. *Ampoules* pour injections intraveineuses, 1/4 milligramme par centimètre cube.

Un quart de milligramme par injection ; maximum : deux injections par vingt-quatre heures.

B. *Solution* à 2 p. 1 000 (voie buccale).

XXV gouttes = 1 milligramme d'ouabaïne.

1° Doses faibles : 1 milligramme par jour (XXV gouttes).

2° Doses moyennes : 2 à 3 milligrammes par jour (L à LXXV gouttes).

3° Doses fortes : 4 milligrammes par jour (C gouttes).

*Laboratoires Deglaude, 6, rue d'Assas, Paris (VIe).*

**CORAMINE CIBA (DIÉTHYLAMINE-PYRIDINE BI-CARBONIQUE).** — A mettre dans les trousses d'urgence.

Tonicardiaque et eupnéique remplaçant l'huile camphrée dans toutes ses indications, avec tous les avantages résultant de sa fluidité, de sa résorption rapide, de l'absence de toute réaction locale, d'une efficacité constante et soutenue. Gouttes et ampoules.

*Rolland, Laboratoire Ciba, 109-113, boulevard de la Part-Dieu, Lyon.*

**DIGALÈNE ROCHE.** — Tous les principes actifs de la macération de feuilles fraîches de *digitale* solubilisés et *injectables* ; la *plus ancienne* et la *première* préparation digitalique injectable.

Toutes les indications de la digitale. Voies buccale, rectale, *endoveineuse*, intramusculaire.

Ampoules, solution, comprimés.

*Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 21, place des Vosges, Paris.*

**DIGIBAINE** (association digitaline-ouabaïne).

Petites doses (cures prolongées d'entretien) : XV gouttes par jour.

Doses moyennes : XXX gouttes par jour en deux fois, pendant six à sept jours.

*Laboratoires Deglaude, 6, rue d'Assas, Paris (VIe).*

**DIGITALINE HOMOLLE ET QUEVENNE.** — Granules dosés à 1 milligramme (un à trois par vingt-quatre heures). Solution au 1/1 000 (V à L gouttes par vingt-quatre heures).

*Laboratoires Clin, Comar et Cie, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, Paris.*

**DIOSÉINE PRUNIER.** — Régulateur de la circulation du sang, hypotenseur efficace. Indiqué dans l'artériosclérose, les menstruations difficiles, les troubles de la ménopause. La Dioséine Prunier doit être administrée à la dose de 2 à 4 comprimés par jour, à prendre en deux fois, matin et soir.

*Toutes pharmacies.*

**GUIPSINE.** — Principes utiles du gui.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — Médication hypotensive non vaso-constrictive. Régulateur du travail du cœur. Troubles de la ménopause.

DOSES ET MODE D'EMPLOI. — Pilules à 0gr,05 : 4 à 10 par jour entre les repas. Ampoules à 0gr,05 : une ou deux injections par jour.

*Laboratoire du Dr M. Leprince, 62, rue de la Tour, Paris.*

**IODALOSE GALBRUN** (iode physiologique assimilable). — Artériosclérose, maladies du cœur et des vaisseaux.

Dose moyenne : de XX à LX gouttes par jour.

*Paris, 8 et 10, rue du Petit-Musc (IVe).*

**IODE ORGANIQUE BOISSY.** — Iodéthyl-hexaméthylène tétramine. Comprimés de 0gr,10 (43 p. 100 d'iode combiné) ; inaltérable ; tolérance parfaite. 1 à 6 comprimés par jour.

*A. Boissy, 49, rue Hoche, Courbevoie (Seine).*

**OUABAINE DEGLAUDE** : Voy. *Cardibaïne.*

**QUINBY.** — Iodobismuthate de quinine en suspension huileuse à 10 p. 100 ; ampoules de 3 centimètres cubes (adultes) et 1 centimètre cube (enfants).

**Quinby soluble.** — Iodobismuthate de quinine en milieu aqueux et neutre. Ampoules de 5 centimètres cubes (adultes).

Incolores, indolores, injections faciles.

INDICATIONS. — Injections intramusculaires profondes deux fois par semaine. Médicament de choix dans toutes les formes cliniques de l'aortite spécifique (aortites simples, ascendantes ou thoraciques supérieures, aortites abdominales, aortites ectasiques, aortites avec angine de poitrine, aortites plus ou moins compliquées d'insuffisance cardiaque ou rénale ou d'hypertension accusée).

AVANTAGES. — Non toxique. Tolérance parfaite. Aucune contre-indication.

*Laboratoire Aubry, 54, rue de la Bienfaisance, Paris (VIIIe).*

**ROYAT.** — Bains carbo-gazeux en comprimés.

**STROPHANTINE CRISTALLISÉE CATILLON** (Granules à 0gr,0001 de).

Tonique du cœur par excellence.

**STROPHANTUS CATILLON** (granules à 0gr,001 extrait titré de).

Tonicardiaque diurétique.

Asystolie, dyspnée, oppression, œdèmes.

DOSES : 2 à 4 granules par jour.

*Laboratoires Catillon, 3, boulevard Saint-Martin, Paris (IIIe).*

# RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS POUR MALADIES DU CŒUR DES VAISSEAUX ET DU SANG *(Suite)*

**THÉOBRYL ROCHE.** — *Allylthéobromine* : la *première* théobromine injectable.

Toutes les indications de la *théobromine*, mais plus *maniable*, plus active, à *doses moindres*, et injectable.

*Voie buccale* : *Gouttes.* Adulte : X gouttes, plusieurs fois par jour. Enfants : V gouttes, plusieurs fois par jour, selon l'âge. — *Voie intramusculaire* (habituelle), ou *endoveineuse* (urgence, œdèmes, etc.) : 1/2 à 1 ampoule, une, deux ou même trois fois par jour. *Injections indolores.*

*Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 21, place des Vosges, Paris.*

**TIODINE COGNET.** — Pilules et ampoules.

Médication iodée et antiscléreuse, due à la combinaison d'iode et de thiosamine (tabes, artériosclérose, etc.).

*Armingeat et Cie, 43, rue de Saintonge, Paris.*

**VALBORNINE ROGIER** (Isovalérianate de bornyle bromé).

**Perles.** — 2 à 6 par jour avant les repas.

MODE D'ACTION. — Antispasmodique. Joint à l'action sédative du brome organique l'action tonique du bornéo et des principes actifs de la valériane. Sédatif du système nerveux.

INDICATIONS. — Tous les troubles névropathiques, palpitations nerveuses, angoisses, insomnies, excitations psychiques, hystérie, épilepsie, neurasthénie, surmenage et toutes névroses.

*Rogier et Cie, 56, boulevard Pereire, Paris.*

# NOUVELLES

**Concours de médecin sous-lieutenant de l'armée active.** — Un concours sera ouvert le mercredi 25 novembre 1931, à 9 heures, à l'École d'application du service de santé militaire à Paris, pour l'admission à cinq emplois de médecin sous-lieutenant de l'armée active.

Les docteurs en médecine admis à concourir devront remplir les conditions ci-après indiquées : 1° Être Français ou naturalisés Français ; 2° être possesseur du diplôme d'Etat français de docteur en médecine ; 3° avoir eu moins vingt-neuf ans au 1er janvier 1931, c'est-à-dire être nés après le 1er janvier 1902 ; cette limite d'âge sera élevée d'une durée égale au temps passé sous les drapeaux ; 4° avoir satisfait au 31 décembre 1931 aux obligations imposées par la loi sur le recrutement de l'armée ; 5° souscrire l'engagement de servir au moins pendant six ans dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur nomination au grade de médecin sous-lieutenant.

Les épreuves à subir seront : 1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie générale ; 2° un examen clinique de deux malades, atteints l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ; 3° une épreuve de médecine opératoire, précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ; 4° une interrogation sur l'hygiène.

*Nota.* — Tous les candidats seront, en outre, soumis à un examen médical, en vue de la constatation de leur aptitude physique, dans les conditions déterminées par le décret du 10 juin 1926 et le décret et l'instruction du 15 juillet 1929.

Une majoration de 30 points est accordée aux candidats docteurs ès sciences.

Une majoration de 20 points est accordée : 1° aux candidats licenciés ès sciences, dont le diplôme mentionne l'obtention du certificat d'études supérieures de sciences physiques, chimiques et naturelles ; 2° à ceux qui ont été nommés, au concours, internes titulaires des hôpitaux dans une ville de Faculté de médecine et de pharmacie.

Une majoration de 10 points est accordée : 1° aux candidats licenciés ès sciences, dont le diplôme ne mentionne pas l'obtention du certificat d'études supérieures de sciences physiques, chimiques et naturelles ; 2° aux lauréats des Facultés de médecine et de pharmacie, c'est-à-dire aux candidats qui ont obtenu un premier prix au concours ouvert annuellement pour chacune des années d'études dans les établissements d'enseignement supérieur ; 3° aux internes des hôpitaux nommés au concours dans une ville d'école de médecine ou de pharmacie ; 4° aux anciens préparateurs des Facultés de médecine et de pharmacie.

Pour bénéficier de ces majorations qui comptent pour l'admission, les candidats joindront à leur demande ou remettront au président du jury une pièce officielle constatant leurs titres.

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées avec toutes pièces à l'appui au ministre de la Guerre (direction du service de santé, 1er bureau. Personnel) avant le 1er novembre 1931 au plus tard.

Ces pièces sont : 1° acte de naissance établi dans les formes prescrites par la loi ; 2° *a*) diplôme, ou à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine indiquant le régime d'études terminales (Cette pièce pourra n'être produite qu'au moment de l'ouverture du concours) ; le candidat indiquera dans sa demande s'il est déjà en possession du grade de docteur en médecine ; *b*) le cas échéant, certificats dûment légalisés permettant de constater les titres qui donnent droit aux majorations de points d'ordre technique ; 3° certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire ou état signalétique et des services ; 4° indication du domicile où sera adressée, en cas d'admission, la lettre de service ; 5° offre de démission conditionnelle du grade d'officier dont le candidat serait titulaire dans les réserves ; 6° l'engagement de servir pendant six ans au moins dans l'armée active à partir de la nomination au grade de médecin sous-lieutenant de l'armée active ; 7° l'indication, par ordre de préférence, des villes sièges de Faculté où le candidat désirerait être affecté à partir du 31 décembre 1931, jusqu'au 3 novembre 1932, date à laquelle il sera appelé à effectuer un stage à l'école d'application du service de santé.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

# NOUVELLES *(Suite)*

Les candidats devront se rendre aux dates et heures fixées à l'école d'application du service de santé militaire au Val-de-Grâce, sans attendre aucun avertissement particulier.

Les dossiers des candidats non reçus au coucours sont renvoyés directement aux intéressés, au domicile indiqué dans la pièce nº 4.

*Nota.* — Les candidats admis seront nommés médecins sous-lieutenants à dater du 31 décembre 1931 et bénéficieront d'une majoration d'ancienneté sans rappel de solde, correspondant au temps minimum, diminué de deux ans, des études de l'enseignement supérieur près des Facultés de médecine exigées par les règlements universitaires pour l'obtention de leur diplôme. Ainsi, par application de ces bonifications, les docteurs en médecine ayant terminé leur scolarité sous le nouveau régime d'études seront nommés immédiatement médecins lieutenants pour prendre rang du 31 décembre 1930.

**Societas oto-rhino-laryngologica latina.** — Le deuxième Congrès de la Societas oto-rhino-laryngologica latina se tiendra les 28 et 29 septembre, à Catania (Sicile), sous la présidence du professeur Citelli.

PROGRAMME. — I. *Rapport* : Pathologie du sinus maxillaire. — II. Points acquis du problème labyrinthique. Conclusions de la commission (Baldenweck, professeur Bilancioni, professeur Hennebert, Pascual de Juan, professeur Quix).

III. *Conférences.* — 1. Influence des modifications pathologiques des échanges dans le domaine de l'oto-rhino-laryngologie, par le professeur Calamida (de Milan) ; 2. Etude anatomo-clinique du cancer laryngé (à l'exclusion du traitement), par le professeur Casadesus (de Bareclone) ; 3. État actuel de la chirurgie de l'oreille interne, par A. Hautant (de Paris).

IV. *Communications.* — Les communications devront porter exclusivement sur les sujets du rapport et des conférences. Le titre devra en être envoyé, si possible, en même temps que l'inscription au Congrès et, au plus tard, fin juin.

Les inscriptions et les cotisations (100 francs français) sont reçues par M. F. Chavanne, 5, place des Cordeliers, Lyon. Compte Chèques postaux : 5906, Lyon.

**Le collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.** — Après plusieurs années d'efforts, la Canadian Medical Association, grâce à l'activité d'un certain nombre de ses membres, a réussi à faire voter par le Parlement du Dominion du Canada, le 14 juin 1929, une loi constituant en corporation le collège des médecins et chirurgiens du Canada, et, « attendu qu'il a plu à Sa Gracieuse Majesté, le roi George V, d'accorder la permission à ce collège d'utiliser le « titre royal », le nom officiel de cette nouvelle institution est « le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada ».

Bien qu'il n'y ait rien de stipulé de tel dans l'acte d'incorporation, les minutes et la correspondance échangée entre les membres de la profession médicale intéressés à l'établissement de ce collège ne nous laisse aucun doute sur *son but principal qui est la création d'un corps examinateur qui établirait une marque distinctive sur ceux qui réussiraient* à en passer les examens, l'intention étant d'avoir *un haut degré d'excellence dans une branche quelconque de la médecine ou de la chirurgie.*

Les associés fondateurs qui sont devenus membres du collège au moment de la mise en vigueur de cet édit ont été choisis parmi tous les professeurs en médecine, en chirurgie, en gynécologie ou en obstétrique des Universités canadiennes (section 2).

Les associés fondateurs *se sont réunis à Ottawa le 20 novembre 1929* ; dirigés par la loi, *ils établirent le Conseil du collège qui devait jeter* les bases de l'organisation et la mise en vigueur des autres sections de l'incorporation.

*a*) Le Conseil *peut choisir et admettre* comme associé toute personne qualifiée, demeurant au Canada, qui, dans son opinion, a donné l'évidence d'une haute habileté dans une ou plusieurs spécialités de médecine ; et *b*) le Conseil *peut choisir et admettre* tout médecin et chirurgien, pratiquant au Canada et licencié dans l'une quelconque des provinces du Dominion, détenant un diplôme ou un certificat émis ou accordé après examen par une organisation reconnue, médicale ou chirurgicale, si dans l'opinion de ce Conseil tel certificat était l'équivalent du statut du certificat du collège.

C'est l'intention du Conseil que le titre d'associé dans ce collège ne soit pas obtenu facilement ; et seuls seront admis comme tels ceux dont la compétence et la valeur morale seront reconnus par les membres de la profession. *Après le 14 juin 1931, aucun titre d'associé ne sera accordé sauf après examen par notre collège ou par un collège qui, dans l'opinion du Conseil, a un status égal au notre.* C'est l'intention et l'espoir du Conseil que ces examens seront d'une haute portée et pourront prendre place à côté de ceux des collèges royaux d'Angleterre et d'Irlande.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada 184, rue du Collège, Toronto, Ontario.

**Ecoles vétérinaires.** — L'information parue au *Journal, officiel* du 17 janvier 1931 est annulée et remplacée par l'avis suivant :

1º Un concours sera ouvert à l'école vétérinaire de Lyon le lundi 16 novembre 1931, pour la nomination de deux chefs de travaux plus spécialement attachés au 10e enseignement (maladies microbiennes), l'un à l'école vétérinaire de Lyon, l'autre à l'école vétérinaire d'Alfort ;

2º Un concours sera ouvert, à l'école vétérinaire de Lyon, le mardi 17 novembre 1931, pour la nomination d'un chef de travaux plus spécialement attaché au 1er enseignement (chimie et pharmacie), à ladite école ;

3º Un concours sera ouvert à l'école vétérinaire de Lyon le jeudi 19 novembre 1931 pour la nomination à ladite école d'un chef de travaux plus spécialement attaché au 5e enseignement (parasitologie).

Quatre concours pour la nomination d'agrégés des écoles vétérinaires, prévus par le décret du 28 juillet 1925, seront ouverts : 1º A l'école vétérinaire d'Alfort : *a*) le lundi 13 juin 1932 pour le 6e enseignement (parasitologie) ; *b*) le lundi 20 juin 1932 pour le 3e enseignement (physiologie et thérapeutique) ;

2º A l'école vétérinaire de Toulouse : *a*) le lundi 14 novembre 1932 pour le 7e enseignement (médecine) ; *b*) le lundi 21 novembre 1932 pour le 12e enseignement (industrie et contrôle des produits d'origine animale).

**VIe Congrès international des accidents et des maladies du travail.** — Ce Congrès aura lieu à Genève, du 3 au 8 août 1931, sous le haut patronage de M. le conseiller

## NOUVELLES *(Suite)*

fédéral Schulthess, chef du département de l'économie publique.

Les travaux du Congrès seront répartis en deux sections dites section A (chirurgie) et section B (maladies).

Rapports officiels : ils comprendront sept questions principales à l'ordre du jour, dont deux intéressent en même temps les sections A et B, et qui seront traitées en séances communes, les deux premiers jours du Congrès, savoir :

*Sections A et B.* — I. Les affections cutanées en relation avec le travail (accident et maladie). — II. Influence de l'état antérieur dans les suites des accidents et maladies du travail.

*Section A.* — III. Les résultats tardifs et l'« accoutumance » dans les lésions traumatiques du rachis. — IV. Les traumatismes des vaisseaux sanguins (artérites et thrombo-phlébites).

*Section B.* — V. Pathologie des ouvriers du ciment et des pierres artificielles. — VI. Réceptivité de l'organisme aux substances toxiques utilisées dans l'industrie. — VII. Fatigue.

Les rapports des questions III à VI se feront dans des séances séparées.

La liste de ces travaux officiels et des rapporteurs est déposée auprès des Comités nationaux. On peut, en outre, se la procurer en tout temps auprès du secrétaire général.

*Communications libres.* — Un certain nombre de communications libres, sur des sujets libres également, seront traitées dans les derniers jours du Congrès. La nomenclature en sera donnée ultérieurement.

*Exposition.* — Enfin, une exposition de photographies, radiographies et moulages, se rapportant aux questions à l'ordre du jour et aux communications libres, se fera à l'Université. Pour les détails à ce sujet, s'adresser à son organisateur M. le Dr Jentzer, 8, rue de l'Université, Genève.

*Programme.* — Un programme détaillé sera distribué à chaque participant dès son arrivée à Genève. Il indiquera, d'une part, la répartition des séances, et, de l'autre, les divertissements et excursions à l'intention des Congressistes et des invités.

*Renseignements pratiques.* — Cotisations : pour MM. les congressistes, 25 francs suisses. Pour famille, MM. les invités ou auditeurs ne désirant pas le livre des publications officielles : 10 francs suisses.

Inscriptions : le bulletin d'adhésion ci-joint est à adresser au Comité national de chaque pays ou au secrétaire général. La carte de participant sera délivrée, contre payement du montant de la cotisation, au Comité national ou au trésorier général.

Voyages et logements : L'organisation des voyages a été confiée à la maison Thos Cook & Son qui fera parvenir tous les renseignements sur les facilités de transports et logements aux Comités nationaux ou aux agences Cook locales.

A ce sujet, les organisateurs prient instamment MM. les participants au Congrès de s'annoncer le plus vite possible, vu la grande affluence d'étrangers à Genève, au mois d'août.

Renseignements complémentaires : pour tous renseignements complémentaires, s'adresser, soit aux Comités nationaux, soit au secrétaire général.

Le bureau du comité d'organisation du Congrès est composé comme suit : Président : M. le professeur C. Julliard, 2, rue du Rhône, Genève. Trésorier central : M. le Dr Tissot, 15, rue du Général-Dufour, Genève. Compte de chèque du Congrès : Genève I. 4532. Compte en banque : n° 13029 à la Banque Fédérale, place du Molard, Genève. Secrétaire général : M. le Dr Yersin, 3, rue de la Monnaie, Genève. Membres : MM. les professeurs Askanasy, Carozzi, Christiani, de Genève ; Remhold, de Lausanne ; Schlatter, Zemgger, de Zurich, et MM. les Drs Bucher, d'Aarau ; Jacquet, Jentzer, Machard, Robert, Zappino, de Genève ; Zollinger, de Zurich.

Le bureau du Comité national français est composé de la façon suivante : Président, M. le Dr O. Crouzon, 70 *bis*, avenue d'Iéna, Paris (16e) ; président d'honneur, M. le professeur Balthazard ; secrétaire, M. le Dr Duvoir, 45, rue de Bellechasse, Paris (7e).

**Un cours de perfectionnement de médecine tropicale** sera organisé du 5 au 23 octobre, par la Post Graduate Medical Association, à l'hôpital pour maladies tropicales, 25, Gordon Street, Londres W. C. 1. Le prix est de 8 livres 8 shellings et les inscriptions doivent être envoyées au secrétaire du Fellowship of Medicine, 1 Wimpole Street, Londres W. 1.

**Hôpital maritime de Berck-Plage.** — Douze leçons sur les tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires et quelques affections de l'appareil locomoteur seront faites du 3 au 14 août par MM. Etienne Sorrel, ancien chirurgien en chef, et M. André Richard, chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Berck-Plage, avec la collaboration de MM. Andrieu, Bouquier, Delahaye, chirurgiens assistants, M. et G. Mozer, chefs de laboratoire, Parin, chef de radiologie de l'hôpital maritime, H. Huc, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph de Paris, assistant d'orthopédie à l'hôpital des Enfants-Malades.

PROGRAMME DES COURS. — Lundi 3 août, Mal de Pott : lésions anatomiques, aspect clinique et radiologique. Diagnostic et traitement. — Mardi 4 août, Coxalgie : anatomie pathologique, signes cliniques et radiologiques. Diagnostic, traitement. Les pseudo-coxalgies (ostéochondrites, arthrites infectieuses, coxa-vara). — Mercredi 5 août : Tumeur blanche du genou. — Jeudi 6 août : Les scolioses : formes anatomiques et cliniques. Traitement. L'épiphysite vertébrale : aspect radiologique et clinique. — Vendredi 7 août, Ostéites et ostéo-arthrites tuberculeuses : cou-de-pied et pied. — Samedi 8 août, Ostéo-arthrites tuberculeuses du membre supérieur (épaule, coude et poignet). — Dimanche 9 août (9 heures du matin) : Ostéites et abcès froids des parois thoraciques.

Lundi 10 août, Ostéites, ostéo-arthrites et lésions ganglionnaires non tuberculeuses (syphilis, mycoses, maladies ganglionnaires, etc.), diagnostic clinique, diagnostic de laboratoire et traitement). — Mardi 11 août, Ostéites, ostéo-arthrites du bassin : généralités sur la tuberculose osseuse, articulaire et ganglionnaire. — Mercredi 12 août : La luxation congénitale de la hanche et son traitement. — Jeudi 13 août, Traitement orthopédique et chirurgical de la maladie de Little et de la paralysie infantile : présentation de pièces anatomiques de tuberculose osseuse.

Les cours auront lieu à l'hôpital maritime, l'après-midi à 2 heures. Les matinées seront consacrées aux opéra-

## NOUVELLES *(Suite)*

tions (opérations de grande chirurgie, ponctions). Confection d'appareils plâtrés, démonstration de laboratoire.

La première réunion aura lieu le lundi matin 3 août à 9 heures et sera suivie d'une visite des différents services de l'hôpital maritime. Droit d'inscription : 300 fr. (Les internes des hôpitaux de Paris en sont dispensés).

Pour tous renseignements, écrire au Dr Delahaye. à l'hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

**Programme des Journées médicales coloniales.** — *Mercredi 22 juillet* (matin). — Séance d'ouverture, présidée par M. le maréchal Lyautey, assisté du professeur Balthazard, doyen de la Faculté de médecine de Paris ; du professeur Radais, doyen de la Faculté de pharmacie de Paris; du professeur de Lapersonne, président de l'Académie de médecine ; du professeur Roux, du professeur Calmette, directeur et sous-directeur de l'Institut Pasteur ; du professeur Teissier, professeur à la Faculté de médecine et à l'Institut de médecine coloniale ; de l'inspecteur général du Service de santé des colonies Lasnet et des présidents des différentes séances des Journées médicales.

*Mercredi 22 juillet* (soir). — *Enfance indigène.* — Présidence du professeur Bordas, du Collège de France, et du médecin général Thiroux, du Corps de santé colonial.

1. Natalité et mortalité infantiles aux colonies : M. Thiroux ; 2. Protection de l'enfance en Indochine : M. Lalung-Bonnaire ; 3. Protection de l'enfance en A. O. F. : M. Crozat.

*Jeudi 23 juillet* (matin). — *Stegomya. Fièvre jaune.* — Présidence du professeur Pettit, de l'Institut Pasteur et du Dr Bouet, du Corps de santé colonial.

1. Le stegomya en A. O. F. : Dr Laigret ; 2. Sérums et vaccins de la fièvre jaune : MM. Pettit et Stefanopoulo

*Jeudi 23 juillet* (soir). — *Anophèle. Paludisme.* — Présidence du professeur Marchoux, de l'Institut Pasteur, et du Dr Blanchard, du Corps de santé colonial.

1. L'anophèle : professeur Roubaud ; 2. Organisation du service antipalustre en Indochine : Dr Robin, de l'Institut Pasteur.

*Vendredi 24 juillet* (matin). — *Lutte contre la maladie du sommeil.* — Présidence du professeur Mesnil, de l'Institut Pasteur, et du Dr Gustave Martin.

Résultats obtenus : *a*) au Cameroun : Dr Jamot ; *b*) en A. E. F. : Dr Sieé.

Trypanosomiase dans les colonies portugaises d'Afrique: Dr Kopke (de Lisbonne).

Communication : Les tendances actuelles de la thérapeutique chimique des maladies à trypanosomes : professeur Launoy, de la Faculté de pharmacie de Paris.

*Vendredi 24 juillet* (soir). — *Maladies cutanées (spécialement lèpre) et syphilis dans les pays chauds.* — Présidence du professeur Jeanselme et du médecin général Mathis, directeur de l'Institut Pasteur de Dakar.

1. Traitement et prophylaxie de la lèpre aux colonies : Dr Stevenel ; 2. Lutte contre la lèpre à la Société des nations : Dr Burnet, secrétaire de la Commission de la lèpre à la S. D. N. ; 3. Prophylaxie de la lèpre au Brésil et en Argentine : Dr Raoul Bernard, de Bruxelles ; 4. Lèpre dans l'Inde oortugaise : Dr Froilano de Mello, de Goa ; 5. Formes cliniques de la syphilis aux colonies : Dr Lacapère ; 6. Prophylaxie et traitement de la syphilis aux colonies : Dr Léger ; 7. Syphilis et pian : Dr Toullec.

*Samedi 25 juillet* (matin). — *Transmission des maladies communes à l'homme et aux animaux.* — Présidence du professeur Leclainche et du médecin général Camail, du Corps de santé colonial.

1. Les maladies infectieuses et parasitaires des animaux transmissibles à l'homme dans les colonies : professeur Panisset ; 2. Situation de Madagascar, au point de vue de la tuberculose des animaux : M. Krick, vétérinaire à Madagascar ; 3. Le rôle du vétérinaire colonial : M. Monod, vétérinaire au Maroc.

*Samedi 25 juillet* (soir). — *Aviation sanitaire.* — Présidence du professeur Richet et du médecin-général Rouvillois.

1. Histoire de l'aviation sanitaire : Dr Foveau de Courmelles ; 2. Utilisation de l'aviation sanitaire aux colonies : médecin-commandant Quemener, capitaine Michel et médecin-capitaine Martinet ; 3. Aviation sanitaire au Maroc et en Syrie : médecin-colonel Epaulard, colonel Cheutin ; 4. Chirurgie et aviation sanitaire : communication du médecin commandant Lacaze, professeur au Val-de-Grâce, et communication du médecin colonel Botreau-Roussel, professeur à l'Ecole de Marseille.

*Immigration exotique. Police sanitaire maritime.* — Présidence du Dr Abt, directeur de l'Office international d'hygiène publique, et du Dr Dufougeré, du Corps de santé colonial.

1. Immigration exotique : Dr René Martial ; 2. Police sanitaire maritime : Dr Ribot, directeur de la Santé à Marseille.

*Dimanche 26 juillet.* — Voir Programme des fêtes. Visites. Réceptions.

*Lundi 27 juillet* (matin). — *Aviation sanitaire.* — Présidence du sénateur Chassaing et du médecin général inspecteur Rigollet.

1. L'aviation sanitaire en A. O. F. : médecin-colonel Passa et commandant Bouscat ; 2. L'aviation sanitaire en Indochine : médecin-colonel Passa et capitaine Michel; 3. Communication du colonel de Prémorel, commandant de l'aviation d'Indochine.

*Alimentation en eaux potables et parasitisme intestinal.* — Présidence du professeur Brumpt et du Dr Noël Bernard, de l'Institut Pasteur.

1. Alimentation en eaux potables : Dr Pons ; 2. Parasitisme intestinal : Dr Blanchard ; 3. Infections d'origine hydrique aux colonies : Dr Brau ; 4. Résultats d'une campagne de déparasitation chez les troupes noires en France: Dr Stevenel.

*Lundi 27 juillet* (soir). — *Pharmacologie coloniale.* — Présidence du professeur Perrot et du pharmacien général Bloch.

1. Considérations sur la production des plantes médicinales dans les colonies françaises et, en particulier, des chaulmoogra, strophantus et quinquina : professeur Perrot ; 2. Exercice de la pharmacie aux colonies : M. Bloch ; 3. Rôle du pharmacien colonial aux colonies : M. Cheyssial ; 4. Procédés de purification des eaux d'alimentation : M. Colin ; 5. La médecine sino-annamite et ses enseignements : Dr Sallet.

*Mardi 28 juillet* (matin). — *Protection sanitaire et démographique des populations autochtones.* — Présidence du

## NOUVELLES *(Suite)*

professeur Nattan-Larrier, du Collège de France, et du Dr Brau, du Corps de santé colonial.

1. La protection démographique et les grands emprunts coloniaux : Dr Lasnet ; 2. Les Instituts Pasteur et le développement des populations : Dr Noël Bernard; 3. Programme de protection démographique : *a*) Au Maroc : Dr Colombani ; *b*) en A. O. F. : Dr Sorel ; *c*) en Indochine : Dr Hermant.

*Mardi* 28 *juillet* (soir). — *Alimentation des populations autochtones. Hygiène du travail.* — Présidence du professeur Tanon et du Dr Léger, du Corps de santé colonial.

1. Protection sanitaire de la main-d'œuvre : Dr Heckenroth ; 2. Etudes expérimentales sur les produits azotés aminés : professeur Schaeffer, de Strasbourg ; 3. Régime alimentaire des populations autochtones et moyens pratiques de remédier à la sous-alimentation : Dr Tournier, contrôleur de la Métropole à l'alimentation du colon.

*Mercredi* 29 *juillet* (matin). — *Assistance médicale aux colonies.* — Présidence du Dr Georges Brouardel et du Dr Colombani, directeur des Services sanitaires du Maroc.

1. Fonctionnement de l'Assistance médicale au Maroc : Dr Colombani ; 2. Fonctionnement de l'A. M. en Indochine : Dr Lalungbonnaire ; 3. Fonctionnement de l'A. M. à Madagascar : Dr Dumas ; 4. Fonctionnement de l'A. M. en A. O. F. : Dr Fulconis.

*Mercredi* 29 *juillet* (soir). — Présidence de M. le gouverneur Cognacq et du Dr Hermant, médecin de l'Assistance médicale en Indochine.

1. Formation et recrutement du personnel médical européen de l'Assistance : Dr Lasnet ; 2. Ecole de médecine de l'A. O. F. ; formation morale et technique des médecins indigènes : Dr Couvy ; 3. Formation et rôle des sages-femmes et des infirmières-visiteuses en A. O. F. : Dr Crozat ; 4. La vaccination anti variolique aux colonies ; organisation ancienne et actuelle ; son importance sociale ; ses résultats : Dr Rigollet.

*Jeudi* 30 *juillet* (matin). — *Chirurgie coloniale.* — Présidence du professeur Lenormant et du médecin général inspecteur Emily, du Corps de santé colonial.

1. Traitement chirurgical de l'éléphantiasis : Dr Botreau-Roussel ; 2. Complications chirurgicales des infections coloniales : Dr X...

*Jeudi* 30 *juillet* (soir). — Présidence du professeur Pauchet et du Dr Botreau-Roussel, du Corps de santé colonial.

1. L'Institut du radium en Indochine : Dr Le Roy des Barres ; 2. Myosites infectieuses coloniales : Dr X...

*Démonstrations pratiques d'aviation sanitaire.*— Présidence de l'inspecteur général du Service de santé Lasnet et du médecin colonel Schickelé.

*Vendredi* 31 *juillet* (matin). — *Spécialités médicales et chirurgicales.*— Présidence du Dr Morax et du Dr Motais, médecin colonial à Saïgon.

1. Le trachome en Afrique : Dr Cuénod ; 2. Le trachome en Indochine : Dr Fleury ; 3. Etudes sur l'importance de l'emploi des prothèses dentaires inoxydables dans le milieu colonial : Dr Massonnet.

*Vendredi* 31 *juillet* (soir). — *Stations thermales et climatiques.* — Présidence du professeur Desgrez et du médecin général Coulogner, du Corps de santé colonial.

1. Stations thermales et climatiques dans les Colonies françaises ; Dr Abbatucci ; 2. Stations thermales et climatiques utilisées par les coloniaux dans la Métropole : professeur Bonnin, de Bordeaux.

*Séance de clôture.* — Présidence de l'inspecteur général du Service de santé Lasnet et du professeur Tanon.

**Congrès Internationaux et intercoloniaux** (rattachés aux Journées médicales coloniales). — *Samedi* 1er *août* (matin). — *Démographie coloniale.* — Président français : M. le sénateur Strauss, membre de l'Académie de médecine.

(Soir).—M. le médecin général inspecteur Sieur, membre de l'Académie de médecine.

1. Les problèmes de démographie aux colonies : Dr Lasnet ; 2. Des mesures prises par les administrations publiques et les entreprises privées pour fixer les populations et améliorer les conditions de leur habitat : M. Labouret ; 3. Réglementation des migrations de colonies à colonies : *a*) Emigration asiatique au Congo français : Dr Boyé ; *b*) Main-d'œuvre annamite hors de l'Annam : Dr Hermant.

*Dimanche* 2 *août.* — Les doctrines médicales coloniales actuelles (discussion internationale).

*Lundi* 3 *août* (matin). — *Assistance médicale.* — Président français : Dr Jules Renault, membre de l'Académie de médecine.

Soit. — Professeur Pinard, membre de l'Académie de médecine.

1. Historique de l'Assistance médicale aux colonies : Dr Jouvelet ; 2. Situation matérielle des médecins de l'Assistance aux colonies : Dr Alphand ; 3. L'Enfance indigène : Dr Crozat ; 4. Organisation mobile d'assistance *a*) Enseignement de l'hygiène ; *b*) Visites périodiques, dépistage, prophylaxie, contrôle des nourrissons ; Dr Cazanove ; 5. Organisation fixe d'assistance : cliniques, dispensaires, maternités, sanatorias. Lutte contre les fléaux sociaux : alcoolisme, tuberculose, cancer.

*Mardi* 4 *août* (matin). — *Alimentation.* — Présidents français : amiral Lacaze, président de l'Institut colonial français.

(Soir).— M. Alcide Delmont, ancien sous-secrétaire d'État aux colonies.

1. Valeur alimentaire des produits coloniaux : Dr Tournier ; 2. De l'alimentation et du travail indigène ; 3. Règles d'hygiène dans la préparation, la conservation des aliments : Dr Gauduchau ; 4. Contribution des produits coloniaux à l'alimentation de la Métropole ; 5. Echange de produits alimentaires entre les colonies.

*Note.* — Les noms des rapporteurs français ne sont inscrits qu'à titre de première indication, le droit reste entier pour chaque nation de traiter le sujet indiqué.

Chaque Congrès international a un président étranger désigné au moment du Congrès et un président français dont le nom figure dès à présent au programme.

**Fêtes. Visites. Réceptions.** — *Mercredi* 22 *juillet.* — A 17 heures : réception et thé chez Mme la maréchale Lyautey, 5, rue Bonaparte, Paris.

*Jeudi* 23 *juillet.* — Après-midi : fête de l'enfance à l'exposition, Réception et thé chez Mme la marquise de Ganay, château de Courances (forêt de Fontainebleau).

*Vendredi* 24 *juillet.* — Après-midi : théâtre annamite. Société des Gens de lettres ; à 17 heures : réception à l'Hôtel de ville ; soir : La nuit indochinoise.

*Samedi* 25 *juillet.* — A 11 heures ; visite de l'école

## NOUVELLES *(Suite)*

d'Alfort ; après-midi : journée indochinoise, promenade du dragon ; soir : soirée cinématographique.

*Dimanche 26 juillet.* — Matin : Bois de Vincennes ; plateau de Gravelle ; Ecole de Joinville, Jardin colonial, château de Vincennes ; visite du château sous la conduite de M. F. Lemarchand, historien du château ; visite de la bibliothèque et du musée de la Grande Guerre, sous la conduite de M. Camille Bloch, conservateur ; après-midi Exposition coloniale.

*Lundi 27 juillet.* — A 17 heures : réception à l'Aéro-Club de France, rue Galilée, Paris ; à 20 heures : dîner par petites tables au restaurant Indochinois.

*Mardi 28 juillet* — A 1 h. 30 : visite des établissements Citroën ; à 17 heures : réception et thé chez Mme la vicomtesse Benoist d'Azy, 4, rue Fabert, à Paris.

*Mercredi 29 juillet.* — Matin : visite aux établissements Farman et Renault ; à 2 h. 30 : visite au centre médical du Bourget ; à 17 heures : visite du Muséum et de la Cité universitaire. Soirée : réception en collaboration avec le commissariat général (soirée théâtrale).

*Jeudi 30 juillet.* — A 15 heures : démonstration d'aviation sanitaire, sous la présidence de M. le ministre de l'air.

*Vendredi 31 juillet.* — Soirée : banquet. Musique de la Garde royale anglaise et concert par la musique de la Garde républicaine. Des visites, après les Journées médicales coloniales, à un certain nombre de stations thermales et climatiques sont à l'étude. Le programme en sera donné ultérieurement.

*Comité d'organisation.* — BURAU. — Président d'honneur : M. le médecin général inspecteur Rigollet (Corps de santé colonial) ; président : M. le Dr Tanon, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris et à l'Institut de médecine coloniale ; vice-présidents : MM. le pharmacien général Bloch (Corps de santé colonial) ; Panisset, professeur à l'École nationale vétérinaire d'Alfort ; secrétaire général : M. le Dr Georges Boyé, rédacteur en chef de *L'Hygiène sociale* ; secrétaire général adjoint : M. le Dr Gautier, médecin colonel en retraite (Corps de santé colonial) ; trésorier : M. le Dr Léon Giroux, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris ; secrétaire des séances et conseiller artistique : M. le Dr Maurice Rollet.

COTISATION. — Membres actifs : 100 fr. ; membres associés (familles des congressistes, étudiants) : 50 francs.

Envoyer les adhésions au secrétaire général : Dr Georges Boyé, et les cotisations au compte Chèques postaux, Paris 1547 16, comité d'organisation des Journées médicales coloniales, 112, boulevard Haussmann, Paris (VIIIe), ou par chèque barré au trésorier, Dr Léon Giroux, 3, rue Saint-Philippe-du-Roule, Paris.

Un banquet sera organisé au cours des Journées médicales coloniales. Prière d'envoyer les adhésions au banquet et le montant (60 francs) en même temps que la cotisation. Un insigne-souvenir (plaquette en bronze, œuvre du Dr Maurice Rollet, peintre-graveur, frappée par le maître Marey) sera remis à chaque congressiste.

AVANTAGES ET FACILITÉS. — *Réduction pour les transports.* — *a.* Chemins de fer français : les grandes Compagnies des chemins de fer français (Est, Midi, Nord, Orléans, P.-L.-M. et l'administration des chemins de fer de l'Etat) accordent en faveur des congressistes, une réduction de 50 p. 100 (moins l'impôt) sur le prix du voyage direct, de leur gare de départ en France jusqu'à Paris et retour.

*b*) Chemins de fer étrangers : des réductions variables (20 à 35 p. 100) suivant les pays parcourus, sont consenties aux adhérents des Journées médicales coloniales.

*c.* Compagnies de navigation maritime et aérienne : il en est de même pour les Compagnies de navigation maritime et aérienne (10 à 25 p. 100).

*Hôtels.* — Une circulaire détaillée indique les prix spéciaux des chambres dans les diverses catégories des hôtels à Paris. Là aussi, les meilleures conditions sont obtenues pour nos adhérents.

*Exposition coloniale.* — Entrée gratuite pour les congressistes pendant les Journées médicales coloniales.

*Fêtes de nuit.* — Entrée gratuite pour les congressistes pendant les Journées médicales coloniales.

*Attractions.* — Entrée gratuite dans celles de l'Exposigion, réduction dans les attractions privées.

*Restaurants de l'Exposition.* — Réduction de 10 à 15 p. 100. Réduction analogue dans des restaurants de Paris dont la liste sera donnée ultérieurement.

*Fêtes et réceptions.* — Voir programme ci-dessus.

*Comité des dames.* — Un comité s'occupera spécialement des dames accompagnant les congressistes et inscrites régulièrement. Des réceptions, des visites dans les grands magasins et aux expositions, pouvant particulièrement intéresser les dames, seront organisées.

*Visites de Paris et des environs. Excursions en France* — En plus des visites prévues dans le programme des Journées médicales coloniales, des excursions seront spécialement étudiées pour nos congressistes :

Paris, Vincennes, Versailles, les uords de la Seine, Saint-Cloud, Malmaison, Compiègne et Pierrefonds, Fontainebleau, un certain nombre de stations thermales e climatiques.

*Passeports. Change. Billets de theâtres.* — Pendant la durée des congrès, le bureau spécial de tourisme s'occupera sur place de toutes les questions pouvant faciliter les visas des passeports et le change des monnaies.

Des billets à prix réduits pour les théâtres seront à la disposition des congressistes.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général, 112, boulevard Haussmann, Paris.

**Service de santé militaire.** — M. le médecin général Gorisse est maintenu directeur du Service de santé de la 10e région à Rennes.

M. le médecin général Perrin est nommé directeur du Service de santé de la 11e région à Nantes.

M. le médecin colonel Plisson est nommé directeur du Service de santé de la 12e région à Limoges.

**La nouvelle loi sanitaire en Roumanie.** — L'organisation nouvelle établie depuis peu en Roumanie sera, quand elle fonctionnera complètement, une des meilleures qui existent. Elle a été préparée avec la collaboration des Facultés de médecine et des associations de praticiens, par les ministères du Travail, de la Santé publique et des Assurances sociales.

Les districts et communes sont obligés de créer diverses institutions sanitaires, sous le contrôle de l'Etat. Pour exercer comme médecin spécialiste, il faut passer des examens supplémentaires qui donnent droit à un diplôme

## NOUVELLES *(Suite)*

particulier. Les maisons de tolérance et autres lieux de prostitution sont frappés d'interdiction absolue. Les maladies vénériennes doivent être déclarées et soignées' ceux qui ont communiqué sciemment une maladie de ce genre sont punis de prison. Les mères de famille, les enfants, les débiles sont spécialement protégés par l'Etat·

(Du journal espérantiste *Internacia Medicina Revuo,* janvier 1931.)

**Bureau municipal d'hygiène d'Angers.** — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Angers.

Le traitement alloué est fixé à 25 400 francs de début avec progression régulière jusqu'à 35 000 francs. Le titulaire reçoit une indemnité de 6 000 francs par an pour le service de l'état civil et touche une indemnité annuelle de déplacement de 4 000 francs. L'emploi donne droit aux indemnités pour charges de famille.

Le directeur du bureau municipal d'hygiène devra obligatoirement être titulaire du diplôme de docteur en médecine, être de nationalité française, n'être pas âgé de plus de quarante ans. Il devra s'engager, par écrit, à ne pas faire de clientèle, à consacrer toute son activité à ses fonctions municipales et à n'accepter aucune fonction complémentaire sans l'autorisation du maire.

Pendant une période de deux années,la nomination du médecin désigné pourra être annulée par simple arrêté du maire, sous réserves d'un préavis de trois mois.

Le droit à la retraite sera acquis après vingt-cinq années de services municipaux (règlement municipal à la caisse des retraites).

Le médecin désigné devra s'engager à ne pas s'installer à Angers pour y exercer la profession médicale, pendant un délai de cinq ans à dater de sa démission, eu cas d'abandon volontaire de sa fonction.

Les candidats ont un délai de vingt jours, pour adresser au ministre de la santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance), 6e bureau, 7, rue de Tilsitt, leurs demandes accompagnées de tous titres ou références.

**La chirurgie oto-rhino-laryngologique. Technique opératoire et thérapeutique chirurgicale chez l'enfant et chez l'adulte. Cours de perfectionnement du professeur Georges Canuyt.** — Ce cours aura lieu du jeudi 16 juillet au dimanche 26 juillet 1931.

Pour tous les renseignements, s'adresser au professeur Canuyt, Nouvelle Clinique oto-rhino-laryngologique, hôpital civil, Strasbourg.

**Bureau municipal d'hygiène de Saint-Dizier.** — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygièue est déclarée ouverte pour Saint-Sizier (Haute-Marne).

Le traitement alloué est fixé à 24 000 francs par an, auquel s'ajoute la gratuité du logement, du chauffage et de l'éclairage.

Interdiction de faire de la clientèle.

Les candidats ont un délai de vingt jours, pour adresser au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 6e bureau), 7, rue de Tilsitt, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

**Un ordre des médecins en Belgique.** — Voici l'exposé des motifs du projet de loi :

« La création d'un ordre des médecins répond davantage aux aspirations du Corps médical. D'autre part l'institution nouvelle, telle que le conçoit et l'organise le présent projet, stimulera plus que n'auraient pu le faire les chambres médicales l'esprit de corps, de confraternité et de discipline parmi les médecins. Ce résultat sera encore renforcé par la constitution du Conseil supérieur de l'ordre. »

Nous publions ci-après les principaux articles de ce projet :

ARTICLE PREMIER. — Il est créé, dans chaque province, un Ordre des médecins qui jouit de la personnalité civile et qui a son siège au chef-lieu de la province.

ART. 2. — Forment l'Ordre des médecins, tous les docteurs en médecine, chirurgie, accouchements, inscrits au tableau des médecins. Sont inscrites au tableau des médecins toutes les personnes domiciliées dans la province et autorisées à y pratiquer la médecine. Le tableau des médecins est dressé annuellement à la date du 1er janvier et publié avant la 1er février.

ART. 3. — Nul ne peut pratiquer la médecine s'il ne fait pas partie de l'Ordre de la province dans laquelle il est domicilié.

ART. 4. — Les médecins inscrits au tableau élisent dans un scrutin spécial un Conseil de l'Ordre composé de cinq membres au moins et de neuf au plus, et d'un nombre égal de suppléants.

ART. 7. — Les présidents des neufs conseils de l'ordre constituent le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins de Belgique. Celui-ci siège à Bruxelles. Il élit dans son sein un président et un vice-président ; il désigne son secrétaire.

Les articles 8 et 9 fixent la compétence du Conseil de province et du Conseil supérieur de l'Ordre : ils connaissent de toutes les infractions à la déontologie et des faits revêtant le caractère du charlatanisme, à l'exception des questions d'honoraires et d'intérêt pécuniaire.

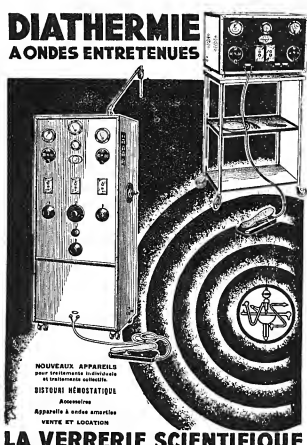
ART. 10. — Les sanctions dont dispose le Conseil de l'Ordre sont l'avertissement, la censure et la réprimande. Le Conseil supérieur de l'Ordre peut seul prononcer la suspension de l'exercice de la médecine pendant un temps qui ne peut excéder une année, l'exclusion et la radiation du tableau des médecins.

ART. 11. — Les sanctions prévues à l'article précédent ne peuvent être prises qu'après que le praticien incriminé aura été entendu ou appelé au moins deux fois, à quinze jours d'intervalle. Il pourra disposer de quinze jours pour préparer sa défense et aura le droit de se faire assister d'un conseil.

ART. 13. — Toute décision prononçant une peine disciplinaire est susceptible d'appel endéans la huitaine du prononcé ou de la signification si la décision est rendue par défaut.

Est porté devant le Conseil de l'Ordre l'appel des décisions prononçant l'avertissement et la censure ; est porté devant le Conseil supérieur de l'Ordre l'appel des décisions prononçant la réprimande ; est porté devant la Cour d'appel du ressort l'appel des décisions prononçant a suspension ou l'exclusion.

ART. 21. — Les premières élections en vue de la formation du Conseil de l'Ordre se feront suivant la liste des personnes autorisées à exercer la médecine dans la province et publiée en exécution de l'arrêté royal du 31 mai 1880 réorganisant les commissions médicales provinciales.


DIATHERMIE
A ONDES ENTRETENUES
NOUVEAUX APPAREILS
pour traitements individuels
et traitements collectifs.
BISTOURI HÉMOSTATIQUE
Accessoires
Appareils à ondes amorties
VENTE ET LOCATION
LA VERRERIE SCIENTIFIQUE
12 AV. DU MAINE . PARIS . XVe
CATALOGUE FRANCO SUR DEMANDE


CURE DE
DIURÈSE
EVIAN
SOURCE
CACHAT
VOIES URINAIRES
GOUTTE
GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE


POUR LE TRAITEMENT
DE TOUTES AFFECTIONS
à STREPTOCOQUES
et à STAPHYLOCOQUES
PLAIES INFECTÉES, ABCÈS,
FURONCLES, ETC.
arapal
POMMADE
NON GRASSE
RICHE EN ANTIVIRUS
LITTÉRATURE et ECHANTILLONS SUR DEMANDE
H. VILLETTE, Pharmacien
131, Rue Cambronne, PARIS - 15e
Tél. Vaugirard 11-23
A.S.I.P.


Toutes les indications
des eaux sulfurées sodiques alcalines,
notamment :
RHUMATISMES, NÉVRALGIES,
VOIES RESPIRATOIRES, GYNECOPATHIES
Sur la route des Pyrénées.
Relations ferroviaires directes
avec Paris et Barcelone
Hygiène publique assurée
Tout à l'égout
Saison :
Mai à Octobre
PYRÉNÉES ARIÉGEOISES
AX-LES-THERMES
730 mètres d'altitude
TENNIS
Climat, tous sports et grand
Tourisme de montagne
Casino récemment agrandi
Depuis Juin 1930 :
GRAND HOTEL DU GOLF
Hôtel de grand premier ordre
Renseignements :
Syndicat d'initiative et Grand Hôtel du Casino

# NOUVELLES *(Suite)*

Le Conseil de l'Ordre dressera le tableau des médecins endéans le mois de l'élection ou de la ratification de celle-ci en cas de réclamation.

Les autres dispositions du projet règlent diverses formalités secondaires et laissent à un arrêté royal le soin de régler diverses questions d'application pratique.

**Congrès international d'hygiène méditerranéenne** (Marseille, septembre 1932). — Du 20 au 25 septembre 1932, se tiendra à Marseille, à la Faculté de médecine, sous la présidence d'honneur de M. le Dr Roux et de M. le sénateur Honnorat et la présidence de M. le professeur Marchoux, le premier Congrès international d'hygiène méditerranéenne. Le programme détaillé de ce Congrès sera publié ultérieurement. On peut s'adresser, dès maintenant pour tous renseignements, au Dr Violle, secrétaire général, 40, allées Léon-Gambetta, Marseille, et au Dr Broquet, 195, boulevard Saint-Germain, Paris (VIIe).

**Réunion médicale de la Faculté de médecine de Nancy.** — La Faculté de médecine de Nancy vient de tenir sa réunion médicale annuelle qui s'est répartie cette année sur deux journées. Le samedi, à l'hôpital militaire Sédillot, M. le médecin colonel Spick, directeur du service de santé de la XXe région, parla de la plaie de guerre et son traitement ; M. le médecin lieutenant-colonel Ferron fit une présentation des appareils de fractures du Service de santé, et M. le professeur Jacques Parisot entretint l'auditoire des lésions et du traitement de l'intoxication par les gaz de combat.

La matinée du lendemain fut consacrée à la visite des nouvelles cliniques de médecine infantile, d'oto-rhino-laryngologie et d'urologie de l'Hôpital central ; chacun des chefs de service y fit un exposé consacré à un sujet à l'ordre du jour : M. le professeur Caussade parla des données actuelles sur la clinique, la pathogénie et le traitement des vomissements avec acétonémie de l'enfant ; M. le professeur André indiqua les notions nouvelles sur les vaccins en urologie et M. le professeur Jacques mit ses auditeurs en garde contre les difficultés après la trachéotomie.

Après un déjeuner amical à l'hôtel d'Angleterre, on se retrouva au grand amphithéâtre de l'Institut anatomique où M. le professeur Gougerot, de la Faculté de médecine de Paris, fit une intéressante conférence sur les dermo-épidermites microbiennes traumatiques et non-traumatiques. Enfin M. le professeur Santenoise résuma en un exposé documenté les recherches qui l'ont amené à la découverte d'une nouvelle hormone pancréatique, la vagotonine, dont il indiqua la rôle dans la glycorégulation et l'intérêt pour le traitement du diabète.

### MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

4 JUILLET. — *Villes de Faculté.* Dernier délai d'inscription pour les bourses du doctorat en médecine et de pharmacie.

6 JUILLET. — *Villes de Faculté.* Ouverture du registre d'inscription pour le concours d'agrégation des Facultés de médecine.

6 JUILLET. — *Paris.* Faculté de médecine. Concours du clinicat médical infantile, d'hygiène et clinique de la première enfance, des maladies infectieuses.

6 JUILLET. — *Paris.* Faculté de médecine. Concours pour le clinicat des maladies infectieuses, le clinicat de médecine infantile, le clinicat d'hygiène et clinique de la première enfance.

6 JUILLET. — *Paris.* Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux (17, rue du Fer-à-Moulin), 14 heures. Cours de chirurgie des voies urinaires, par le Dr LEIBOVICI.

9 JUILLET. — *Paris.* Faculté de médecine. Concours du clinicat ophtalmologique.

9 JUILLET. — *Rouen.* Concours de pharmacien des hôpitaux de Rouen.

9 JUILLET. — *Paris.* Faculté de médecine. Concours pour le clinicat de clinique ophtalmologique.

10 JUILLET. — *Paris.* Faculté de médecine. Concours pour le clinicat médical, le clinicat médical propédeutique, le clinicat des maladies cutanées, le clinicat des maladies mentales, le clinicat des maladies nerveuses, le clinicat chirurgical, le clinicat de thérapeutique chirurgicale, le clinicat urologique.

10 JUILLET. — *Paris.* Faculté de médecine. Concours de professeur suppléant de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'École de médecine d'Angers.

10 JUILLET. — *Paris.* Faculté de médecine. Concours du clinicat médical, chirurgical, urologique, etc.

11 JUILLET. — *Villes de Faculté.* Concours pour les bourses du doctorat en médecine et de pharmacie.

14 JUILLET. — *Philadelphie.* Dernier délai de dépôt des mémoires pour le prix Alvarenga (s'adresser au secrétaire, M. John H. Girvin, 19, South 22 B. Street, à Philadelphie, U. S. A.).

15 JUILLET. — *Montpellier.* Concours de médecin des hôpitaux d'Avignon.

16 JUILLET. — *Paris.* Exposition de drogues végétales de la France et des territoires d'outre-mer.

16 JUILLET. — *Strasbourg.* Clinique oto-rhino-laryngologique. Cours de perfectionnement par M. le professeur CANUYT.

20 JUILLET. — *Paris.* Hôpital Cochin, 9 heures : Cours de perfectionnement sur les maladies des voies urinaires de M. le Dr CHEVASSU.

20 JUILLET. — *Paris.* Société de laryngologie des hôpitaux de Paris. Réunion à l'hôpital Saint-Antoine.

22 JUILLET. — *Paris.* Journées médicales coloniales.

27 JUILLET. — *Paris.* Congrès international de radiologie.

# CHRONIQUE DES LIVRES

***L'infarctus du myocarde***, par le Dr E. DONZELOT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. In-8° de 24 pages avec figures dans le texte. (*La Pratique médicale illustrée*). Prix : 8 francs (*Gaston Doin et Cie édit.*).

Dans cette monographie, l'auteur trace un tableau clair et concis de l'infarctus du myocarde. Il montre que si son histoire anatomique est relativement ancienne, son histoire clinique par contre est toute récente, puisqu'elle commence seulement en 1910. L'auteur décrit surtout la « forme angineuse » particulièrement fréquente et caractéristique. Il en indique les symptômes essentiels et accessoires et en montre l'évolution et les complications. Dans le chapitre consacré au diagnostic, il insiste spécialement sur les courbes électro-cardiographiques qui présentent en l'occurrence une importance incontestable. Enfin il résume le traitement qui doit viser un triple but : calmer la douleur, remonter la capacité fonctionnelle et cardiaque et éviter, si possible, la syncope.

Ce petit livre, qui met au point une question d'actualité, trouvera sa place dans toutes les bibliothèques.

***Maladies du cœur et des vaisseaux***, par CHARLES LAUBRY, avec la collaboration de D. ROUTIER, J. WALSER et Ed. DOUMER, tome III du *Nouveau Traité de pathologie interne* publié sous la direction de E. ENRIQUEZ, S. LAFFITTE, CH. LAUBRY, CLOVIS VINCENT, 1 vol. in-8 de 1246 pages, 280 francs. En 2 volumes, 290 francs (*G. Doin*, 1930).

Bon nombre de nos lecteurs ont connu et apprécié dès son apparition l'œuvre de Ch. Laubry. On sait l'éclat qu'il a jeté sur la cardiologie française et les progrès que son patient et méthodique labeur a fait faire à l'étude des affections de l'appareil cardio-musculaire. Comme son maître, le professeur Vaquez, il a voulu rester clair et donner une description bien équilibrée et au point des divers chapitres de ce vaste sujet. Aidé par la collaboration d'élèves qui ont travaillé avec lui en pleine communauté d'idées, il a plainement réussi dans sa tâche.

Ce magnifique volume de plus de 1 200 pages, admirablement présenté, richement illustré, s'ouvre, après quelques pages d'embryologie, par une étude de sémiologie objective et de sémiologie fonctionnelle où sont analysés avec une observation clinique très sûre tous les signes qui doivent aider au diagnostic des cardiopathies. Puis vient l'exposé des grands syndromes d'atteinte régionale : arythmies, syndromes précardiques, syndromes endocardiques, syndromes myocardiques. Une troisième partie est consacrée aux cardiopathies spécifiques : rhumatisme cardiaque, syphilis et tuberculose du cœur, cœur sénile, traumatismes cardiaques, etc. L'étude des neurotonies cardio-vasculaires, des affections congénitales du cœur, celle des insuffisances ventriculaires achèvent ce magistral exposé de la pathologie du cœur. Viennent ensuite les maladies des vaisseaux avec une étude très fouillée de la sphygmomanométrie clinique et de l'hypertension artérielle, avec une analyse très précise des maladies de l'aorte et de la pathologie des artères périphériques ; la pathologie des veines et celle de l'artère pulmonaire terminent l'ouvrage auquel M. D. Routier, M. Walser et M. E. Doumer ont apporté une collaboration étroite.

Cette sèche énumération ne dit pas le plaisir que l'on a à parcourir les divers chapitres de cet ouvrage qui, par sa clarté, par sa belle ordonnance, par son caractère de saine clinique, fait honneur à la médecine française. Les auteurs ont su, tout en rendant hommage à l'œuvre de leurs devanciers, rester personnels, exposer ce que, selon eux, on doit retenir dans tous ces chapitres complexes de la cardiologie moderne et passer sous silence maintes discussions surannées. Etudiants et médecins sont assurés de trouver dans ce traité tout ce qui est nécessaire pour comprendre l'évolution considérable qui s'est faite ces dernières années dans nos conceptions sur la pathologie cardio-vasculaire et les progrès réalisés auxquels, en France, après Vaquez, Ch. Laubry et ses élèves ont si largement contribué.

P. LEREBOULLET.

***Consultations sur les maladies des voies digestives***, par le Dr RENÉ GAULTIER, 1 vol. in-8 de 250 pages, 30 francs (*J.-B. Baillière et fils, éditeurs*, 1931).

Dans ce volume de 250 pages, le Dr Gaultier, dont la compétence en gastro-entérologie est bien connue, nous donne le résultat de son expérience personnelle, concernant une série de problèmes digestifs, qu'il a pu étudier à la Consultation spéciale du Dr Le Noir, qu'il a dirigée, à l'hôpital Saint-Antoine, pendant dix ans.

Voici l'énumération des principaux sujets étudiés par lui : le *syndrome œsophago-salivaire*, les *dystonies gastriques*, l'*urémie gastrique et l'azotémie des ulcéreux*, le *tubage duodénal et ses indications*, les *dyspepsies duodénales*, les *troubles gastro-intestinaux de la maladie de Basedow*, les *colites chroniques*, les *troubles intestinaux des tuberculeux*.

Chacun de ces chapitres, solidement étayé sur les données de la physiologie et de l'expérimentation, comporte une étude séméiologique et des conclusions thérapeutiques précieuses.

Dans un dernier chapitre, l'auteur établit les bases rationnelles d'une diététique générale, permettant un fonctionnement régulier du tube digestif.

Ce livre, illustré d'observations cliniques, est instructif, clair, facile à lire, et rendra service à tous ceux qui s'intéressent à la thérapeutique des voies digestives.

# VARIÉTÉS

## HISTOIRE DES TRIBULATIONS DU CORPS DE SANTÉ MILITAIRE DEPUIS SA CRÉATION JUSQU'A NOS JOURS (1)

Au moment où le Comité international de la Croix-Rouge et de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge, (2, avenue Velasquez, Paris, VIII[e]), publie un *Manuel de la Croix-Rouge internationale*, il nous a paru intéressant de rechercher l'évolution du Service de santé à travers les guerres. La remarquable communication de M. le médecin inspecteur général Sieur, faite à la Société d'histoire de la médecine, nous permet de réelles précisions. Nous espérons être agréable aux lecteurs de *Paris médical*, en en donnant ici une paraphrase.

Pendant toute la période grecque et romaine, c'est à peine si l'on trouve mentionnée dans les auteurs la présence de médecins accompagnant les armées en campagne.

Cependant le D[r] Cabanès, daus le beau volume qui lui valut le prix Saintour à l'Académie de médecine, cite maints textes et publie maints détails qui permettraient une abondante glose :

Le souvenir de Machaon soignant Ménélas blessé (*Machaon vaut plusieurs autres guerriers...*), de Sténélos pansant le doigt de Diomède et d'Achille, donnant des soins à Patrocle, est dans toutes les mémoires.

Franchissant les siècles, ne voyons-nous pas quel admirable médecin militaire fut Ambroise Paré ?

Ce n'est guère que sous le siècle de Louis XIV que les premières bases d'un corps des officiers de santé sont posées, et par un édit du 17 janvier 1708 le roi établit, pour toujours, l'emploi des médecins et chirurgiens majors.

Malheureusement, quelques abus vinrent prouver que l'édit de 1708 était loin d'être parfait. Les charges et les offices se vendaient, suivant la coutume de l'époque, et cet état de choses était préjudiciable au service, parce que certains acquéreurs d'offices n'offraient pas de garanties suffisantes de savoir et de moralité. Ce même édit, en outre, était muet quant au personnel subalterne dont il n'était parlé, ni du recrutement, ni de l'instruction.

L'ordonnance de 1717 supprima donc charges et offices et confia à un conseil le soin de recruter le personnel des hôpitaux. L'ordonnance de 1725 enjoint aux chirurgiens-majors d'instruire les garçons chirurgiens.

Jusqu'en 1780, l'enseignement était, pour l'époque, parfait. Trois amphithéâtres étaien affectés aux élèves majors... et tout cela malheureusement était trop bien, puisque cette même année une nouvelle ordonnance, considérant ces amphithéâtres comme des « objets de dépense superflue », les fait fermer. Cette période malheureuse dura peu cependant. En mai 1781, cette façon de faire est reconnue, officiellement, complètement en désaccord avec l'expérience du passé, les amphithéâtres sont rétablis et de nouveaux sont même créés.

L'origine de la chirurgie dans l'humble boutique du barbier faisait du chirurgien aux armées le subalterne du médecin. Elle fut cause de conflits dont surent profiter les commissaires des guerres. En 1747, « tous les officiers du Corps de santé furent placés sous leurs ordres, mais c'est en 1781 que parut le règlement qui ne devait être modifié qu'un siècle plus tard, en 1881, par la première loi visant l'autonomie du Service de santé. Les commissaires des guerres devenaient les maîtres absolus, et cela donna lieu à des abus de pouvoir dont combien de malades et blessés furent les innocentes et trop nombreuses victimes.

C'est Sully, en 1597, à l'occasion du siège d'Amiens, qui avait eu le premier l'idée de créer des hôpitaux qu'il divisa en hôpitaux ambulants (ambulances) et en hôpitaux fixes. Richelieu reprend cette organisation disparue avec les circonstances qui l'avaient fait naître. Ce n'est donc que sous Louis XIV que nous assistons à une organisation définitive.

Au seuil de la Révolution, la situation du Corps de santé peut se résumer ainsi :

Organisation incomplète, changeant au gré de chaque ministre. Cependant, depuis Ambroise Paré, ce ne sont pas les hommes de valeur qui manquent au Corps de santé. Mais ils menèrent pour la plupart une vie mi-partie civile, mi-partie militaire, et conservaient dans l'armée quelque chose d'indécis et d'incomplet qui constituait pour eux un état mixte associant à leur uniforme une partie de la condition civile. Aussi ces êtres hybrides, sans situation hiérarchique déterminée, dont les pouvoirs étaient inexistants et l'autorité contestée, ne pouvaient qu'être annihilés par les commissaires ordonnateurs des guerres sous la férule desquels ils étaient placés.

Avec la Révolution et la réquisition de tous sujets reconnus aptes à servir, les officiers de santé, attachés par brevet ou commission aux services des armées, font partie des armées et sont dans une activité de service dont les corps administratifs ne peuvent les faire sortir. Ils sont assimilés aux militaires auxquels leurs grades correspondent.

(1) C. Sieur, Histoire des tribulations du Service de santé depuis sa création jusqu'à nos jours (*Bull. Société française d'Hist. de la médecine*).

## VARIÉTÉS *(Suite)*

Malheureusement, des désaccords entre le pouvoir législatif et le pouvoir exécutif vont réduire à néant ces heureuses décisions. Une série de brimades est le résultat de cette discorde.

On refuse de leur mandater les indemnités attribuées aux officiers dont les équipages sont pris par l'ennemi. On refuse également aux officiers de santé le supplément de solde de 8 livres accordé par la loi du 28 fructidor an III, pour ce motif qu'ils ne sont pas nominativement désignés par la loi. Enfin, aux derniers mois de l'an VII on suspend, sans les licencier, le traitement des officiers de santé des armées. Au bout de quatre mois, Percy doit écrire à Berthier pour lui signaler ce fait. Il obtint satisfaction, mais, après Marengo et Hohenlinden, on congédie la plupart d'entre eux.

La situation morale n'était pas plus brillante. Cependant les pertes du Corps de santé étaient considérables aux armées, et bientôt on ne put compenser ces pertes. C'est alors que l'on recruta un peu au hasard, parmi les hommes de toute origine et de toutes valeurs.... Il fallut faire un choix. Des centres d'instruction furent enfin créés, et une période de sages mesures sembla apporter un accord définitif. Cette période fut de courte durée. Sous le prétexte d'assurer, conformément au règlement du 24 thermidor an VIII, le passage du Corps de santé du pied de guerre au pied de paix, on licencia brutalement des officiers qui avaient pris part à toutes les guerres de la Révolution, et cela sans autre dédommagement qu'un traitement dérisoire. Il était cependant réservé à l'Empire d'aggraver la situation du Corps de santé. Au début de chaque campagne, une Commission était chargée de recruter de jeunes sujets, la plupart sans instruction, que Percy appelle des chirurgiens de pacotille. Après plusieurs essais d'organisation d'un corps de chirurgiens des armées, l'Empereur oppose une sorte d'impuissance voulue, les officiers de santé sont brimés, humiliés de toutes façons, et c'est avec tristesse que le médecin inspecteur Sieur nous dit, dans son beau travail sur l'histoire des tribulations du Service de santé, que « cette oppression d'un corps éminemment utile s'est poursuivie sans qu'une voix amie ou reconnaissante se soit élevée en sa faveur au sein de l'armée ».

Au moment où vont commencer les guerres de la Révolution, on s'occupe, pour la première fois, de l'insuffisance des hôpitaux aux armées, et une réglementation officielle va leur être attribuée. Une organisation très longue et très coûteuse fit tue, deux ans plus tard, la Révolution survenant trouva un service de santé complètement désorganisé. En 1792, l'Assemblée nationale crée à son tour des hôpitaux sédentaires et ambulants. La Convention élargit cette réglementation et crée, à l'intérieur, des hôpitaux thermaux et aux armées des hôpitaux spéciaux pour vénériens et galeux. Les secours sur les champs de bataille sont pour la première fois réglementés d'une façon précise et rationnelle, et les ambulances, hôpitaux provisoires, ambulances volantes, enfin établis.

La chirurgie du champ de bataille était comprise : tout aurait été très bien si, comme l'avait décrété la Convention, l'on avait soustrait le Corps de santé militaire à l'emprise de l'administration en lui reconnaissant une véritable autonomie. Mille difficultés naquirent de cet ordre de choses, et de nombreux blessés périrent faute de secours lors de la prise de Spire.

Soutenu par Bonaparte et Villemanzy, Larrey fonde une ambulance volante qu'il appelle légion, comprenant trois centuries, composées chacune d'un personnel de 113 personnes, soit pour la légion entière un total de 340 hommes, en y comprenant le chirurgien en chef commandant. Régie par un règlement particulier, la légion d'ambulance était sous les ordres immédiats du chirurgien en chef de l'armée et chaque division sous les ordres d'un chirurgien-major de deuxième classe. Composée d'autre part d'éléments judicieusement choisis, tous militarisés, elle a rendu à la Garde impériale, qui seule en a été dotée, les plus grands services.

Au lieu de régulariser ce que la grande expérience et la légitime autorité de Larrey et de Percy avaient permis de réaliser aux armées d'Italie et du Rhin, le gouvernement consulaire, dominé par des idées de paix et d'économie, licencie une partie des officiers de santé et réduit les autres à l'état de commissionnés temporaires.

Les hôpitaux sont ramenés à trente, et l'on a recours aux hospices civils pour suppléer aux besoins du service.

Et pour terminer cette œuvre de destruction, un arrêté du 9 frimaire an XII, portant la signature du premier Consul, fait supprimer les hôpitaux d'instruction. Par la suite, le matériel, l'organisation faisant défaut, le Corps de santé militaire est réduit à rien pour le plus grand malheur des malades et des blessés. Les mémoires de Percy, de Larrey et ceux de leurs contemporains sont remplis de critiques aussi acerbes que méritées, à l'égard de l'administration chargée de fournir au service de santé les moyens de nourrir, de panser et d'évacuer ses blessés. Cependant, Percy, effrayé par le taux de la mortalité observée dans les hôpitaux de la péninsule, écrit au major général Berthier pour la lui signaler, et ne craint pas de l'attribuer, d'une part, à l'encombrement

## VARIÉTÉS *(Suite)*

sans exemple, et de l'autre au manque de fournitures d'aliments et de médicaments. Et, comme il n'y a pas un seul infirmier français dans toute l'armée, les blessés et les malades y sont extrêmement malheureux, et mal soignés. Cette fois Percy fut écouté. Par un arrêté, l'Empereur crée un bataillon de soldats d'ambulance. Des compagnies d'infirmiers sont créées. En attendant, en Espagne, Percy dut, à ses frais, habiller ses infirmiers, les enrégimenter et les faire commander par des caporaux, des sergents et des adjudants. Du fait de leur présence, le service des malades se trouva très amélioré, mais les bureaux, mécontents de ce que Percy s'était passé de leur concours, lui infligèrent un blâme sévère et refusèrent de continuer à payer son corps d'infirmiers qui, faute de moyens d'existence, se dispersa. Le 28 mai 1813, l'Empereur donna l'ordre à l'intendant général Daru de former des équipages d'ambulances, de créer un bataillon sous les ordres des chirurgiens de l'armée. Mais une fois encore ce décret vint trop tard. La funeste campagne de 1812 avait épuisé toutes les ressources en personnel et en matériel sanitaires. Aucun essai ne fut même esquissé. Le typhus trouva un terrain éminemment favorable, puisque mal combattu, et désorganisa complètement notre armée.

L'Empire disparu, le Corps de santé militaire souffrit de la désorganisation générale, et continua ses tribulations au cours des années qui suivirent. En novembre 1833, pour la première fois, le décret qui parut reconnaissait aux médecins l'état d'officier. La question d'avancement était aussi très négligée, et les médecins, qui étaient cependant plus favorisés sur ce point que les chirurgiens, l'étaient infiniment moins que les autres officiers. Ce fut une période lamentable où les mesures les plus injustes et les plus différentes furent prises.

Avec la conquête de l'Algérie, les difficultés renaissent, les malades atteints de dysenterie et de paludisme encombrèrent les hôpitaux à un point tel, que l'on évalue à 2 000 les pertes totales d'un corps expéditionnaire qui comptait à peine 6 000 hommes.

Après des pertes énormes, et alors qu'on agita la question de l'abandon de l'Algérie, Maillot, qui alors venait de perdre en une année 1 100 officiers ou soldats sur un effectif de 5 500 hommes, fit, grâce à l'emploi de la quinine, tomber la mortalité de 25 p. 100 à 5 p. 100. Laveran compléta son œuvre quelques années plus tard en découvrant l'hématozoaire et, par la suite, en permettant d'en établir le traitement et la prophylaxie sur des données scientifiques.

Avec la Révolution de 1848, un nouveau décret vint donner quelque espoir au Corps de santé militaire pour sa stabilité. Mais, comme toujours, ce décret devait rester à l'état de lettre morte. D'invraisemblables décrets par la suite rendirent tellement la situation de médecin militaire difficile, qu'au lieu de 80 élèves dont on avait besoin chaque année, on pouvait à peine en recruter 15, et le concours de 1856 ne donna lieu qu'à quatre admissions.

Malgré la proclamation fameuse de « l'Empire c'est la paix », le règne de Napoléon III a vu se succéder une série de guerres qui, toutes, victorieuses ou non, ont été de véritables désastres sanitaires. Pendant la guerre de Crimée, où les épidémies se succédèrent, les pertes furent nombreuses, et, alors que l'expérience servait aux Anglais, nous ne faisions rien pour changer notre organisation, et la guerre d'Italie nous trouva aussi démunis, rééditant, sinon aggravant les mêmes erreurs. Les chiffres de cette campagne sont éloquents : bien que victorieuse, la campagne d'Italie se soldait par 2 536 morts sur le champ de bataille, 17 054 blessés dont 325 succombèrent dans les ambulances et 2 040 décès dus à des infections internes.

Après la guerre de 1870-1871, les pertes matérielles avaient été telles qu'un écrivain militaire qui faisait alors autorité, le colonel Lewal, se fit lui aussi le défenseur de l'autonomie du Corps de santé.

Il fallut donc dix ans d'une campagne de presse parfois vive et aussi l'impressionnant tableau de la morbidité et de la mortalité des campagnes de Tunisie et du Sud-Oranais, pour amener le Parlement à voter la loi du 11 mars 1882, qui accordait au Service de santé une demi-autonomie.

Le 14 décembre 1888, une loi créa à Lyon une école de santé, près de la Faculté de médecine, afin d'assurer le recrutement des médecins de l'armée. C'était, après dix-huit ans d'attente, le rétablissement de l'École de Strasbourg.

En 1914, au moment où va s'engager la plus formidable des guerres, le Service de santé en est toujours réduit à vivre d'emprunt et n'a aucune autorité sur les moyens d'action dont il est le détenteur momentané. Fautes sur fautes furent accumulées et vinrent retarder l'organisation rationnelle du Service de santé. Que de temps perdu ! Que d'efforts — souvent stériles — pour tâcher de faire simplement son devoir !

A lire ainsi — et à noter en lisant — le beau mémoire de M. le Dr Sieur, médecin inspecteur général du cadre de réserve, nous songions à tant de camarades qui, partis en 1914, ont jalonné de leur corps le front français, et dont la mort, comme eût pu le dire un nouvel Idoménée à un nouveau Nestor, nous a privés de maints et maints valeureux guerriers. *Et nunc erudimini.*

MOLINÉRY (Luchon).

# LA MÉDECINE AU PALAIS

## ESCROQUERIE ET ACCIDENTS DU TRAVAIL

*(Fin)*

« Attendu que le Syndicat des armateurs et consignataires du port de Sète et la nouvelle Société sétoise d'aconage ont fait, chacun en ce qui le concerne, constitution régulière de partie civile, que leur intervention, qui se justifie par un intérêt matériel et moral, n'est l'objet d'aucune critique soit de la part du ministère public, soit de la part du prévenu ;

« Attendu que l'intervention des armateurs et consignataires est légale aux termes de la loi du 21 novembre 1924 ;

« Attendu qu'il est, d'autre part, démontré par les pièces de la procédure et notamment par les lettres émanant de diverses Compagnies d'assurances, notamment la Prix et la Préservatrice, que les ouvriers et les armateurs du port de Sète n'étaient plus admis à s'assurer à des prix normaux contre les risques pouvant provenir des accidents du travail, tellement ces événements étaient devenus fréquents et onéreux ; qu'il convient de tenir compte de cette situation tant pour l'admission de la demande des parties civiles que pour la détermination de la peine ;

« Attendu certes, et à ce dernier point de vue, qu'il existe des circonstances atténuantes dans la cause.

« Mais attendu qu'il convient cependant de faire une application relativement sévère de la loi proportionnellement à l'importance de la participation de chacun des prévenus aux débats ;

« Attendu que F... s'est rendu sciemment complice de deux escroqueries dans des conditions particulièrement audacieuses, qu'il est démontré qu'il poursuivait l'exécution d'un plan personnel conçu à l'avance ; qu'il a exercé une influence néfaste sur l'esprit des prévenus G... et S... ;

« Attendu que M..., qui eût pu user de sa situation personnelle pour enrayer la tendance à la simulation qui se manifestait, n'a pas hésité à encourager dans un but de lucre par son aide et son assistance une pratique délictueuse qui n'était d'ailleurs pas sans danger, puisqu'elle consistait à créer des blessures et à les entretenir ensuite en état d'infection ;

« Attendu toutefois qu'il convient de tenir compte de ce que G..., S..., M... et M... n'ont encouru ou subi aucune peine d'emprisonnement, qu'ils font l'objet de renseignements favorables, et qu'ils peuvent s'amender ;

« Par ces motifs ;

« Maintient la disjonction des poursuites qui a été ordonnée, déclare : A) G... coupable d'avoir à Sète

## LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

le 18 octobre 1929 et en tout cas depuis un temps non prescrit, en employant des manœuvres frauduleuses pour persuader l'existence d'un crédit imaginaire ou pour faire naître l'espérance ou la crainte d'un accident ou de tout autre événement chimérique, volontairement tenté de se faire remettre ou délivrer des fonds et indemniser par la Société nouvelle sétoise d'aconage et d'avoir ainsi tenté d'escroquer tout ou partie de la fortune d'autrui ; M... et F... de s'être dans les mêmes circonstances de temps et de lieu sciemment rendus complices par aide et assistance de la tentative d'escroquerie ci-dessus spécifiée, laquelle tentative, manifestée par un commencement d'exécution, n'a manqué son effet que par des circonstances indépendantes de la volonté de ses auteurs ;

B) S... d'avoir à Sète, le 8 mai 1929, en tout cas depuis un temps non prescrit, en employant des manœuvres frauduleuses pour persuader l'existence d'un moyen imaginaire ou pour faire naître l'espérance ou la crainte d'un accident ou de tout autre événement chimérique, volontairement tenté de se faire remettre des fonds ou indemnités par la Société sétoise d'aconage et d'avoir ainsi tenté d'escroquer tout ou partie de la fortune d'autrui ; laquelle tentative, manifestée par un commencement d'exécution, n'a manqué son effet que par des circonstances indépendantes de la volonté de son auteur ; F... de s'être, dans les mêmes circonstances de temps et de lieu, sciemment rendu complice par aide et assistance de la tentative d'escroquerie ci-dessus spécifiée ;

C) M... d'avoir à Sète, le 18 octobre 1929, et en tout cas depuis un temps non prescrit, en employant des manœuvres frauduleuses pour persuader l'existence d'un crédit imaginaire ou pour faire naître l'espérance ou la crainte d'un accident ou de tout autre événement chimérique, volontairement tenté de se faire remettre ou délivrer des fonds ou indemnités par la Compagnie d'assurances générales et par la Compagnie roussillonnaise d'entreprises, et d'avoir ainsi tenté d'escroquer tout ou partie de la fortune d'autrui, ladite tentative manifestée par un commencement d'exécution, mais n'ayant manqué son effet que par des circonstances indépendantes de M... ;

« M... de s'être, dans les mêmes circonstances de temps et de lieu, sciemment rendu complice par aide et assistance de la tentative d'escroquerie ci-dessus spécifiée ;

« Faits prévus et punis par les articles 2 et 3, 405, 59 et 60 et 463 du Code pénal, en réparation, les condamne : G..., S..., et M... chacun à la peine de trois mois d'emprisonnement, M... à quatre mois,

## LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

F... à huit mois de la même peine; dit toutefois qu'il sera sursis à l'application de la peine conformément aux dispositions de la loi du 26 mars 1891 en ce qui concerne G..., S..., M..., et M... ;

« Statuant sur les conclusions des parties civiles, condamne les prévenus à payer solidairement à titre de dommages-intérêts, la somme de un franc à Naquet, représentant la Société nouvelle sétoise d'aconage, celle de un franc au Syndicat des armateurs et consignataires du port de Sète. »

Adrien PEYTEL,
*Avocat à la Cour d'appel.*

## REVUE DES CONGRÈS

### LA SÉANCE INAUGURALE DES XI^e JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES CONSACRÉES A L'ŒUVRE DE F. WIDAL

20-24 *juin* 1931.

Après les magnifiques réunions de 1930, certains ont pu croire que le succès des Journées médicales de Bruxelles était exposé à faiblir. C'était mal connaître les grands organisateurs que sont Beckers, Mayer et leurs collègues de *Bruxelles médical*. Ils ont eu cette année la pensée de commémorer l'œuvre d'un illustre maître français, et leur initiative absolument conforme, dans son exécution, à la tradition des Journées médicales leur a valu une magnifique réussite. Plus de onze cents inscrits, des conférences où l'on s'écrasait, ont montré combien ils avaient eu raison de confier, pendant quelques jours, aux élèves de Fernand Widal le soin de faire revivre son lumineux enseignement.

La séance inaugurale a eu lieu avec le cérémonial habituel dans la salle du palais des Académies, en présence de Sa Majesté la Reine et devant une brillante assistance dans laquelle on remarquait tout le corps diplomatique, et, au premier rang, M^me Widal et son fils Pierre Widal.

Autour de M. Renkin, premier ministre, voici le professeur Bezançon, chef de la délégation française, le professeur Bordet, le bourgmestre Max, le professeur Demoor, président de l'Académie royale de médecine, le médecin général inspecteur Dopter, M. Abrami, le

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

professeur Auguste Ley, M. Nens, gouverneur du Brabant, MM. Fernand Héger-Gilbert, Péchère, Mayer, René Beekers... Parmi les délégués étrangers : Lemierre, Clerc, Merklen (France), d'Ernst (Suisse), Forman (Luxembourg), Hugh de Valin (U. S.), W. M. Scott (Grande-Bretagne), Taniro (Japon), Castillo Najera (Mexique), Grondin (Canada), Stefanopoulo (Grèce)...

Voilà encore Lesné, Ravaut, Merklen, Louis le Sourd, Joltrain, Brûlé...

Le premier ministre, M. Renkin, prend le premier la parole et, après avoir salué Sa Majesté la Reine qui, pour la onzième fois, marque par sa présence l'intérêt qu'elle porte aux Journées médicales, il associe le gouvernement belge à l'hommage rendu à la mémoire de Widal et il déclare les Journées médicales ouvertes.

Au nom des délégués des gouvernements étrangers, Fernand Bezançon salue en termes heureux Sa Majesté la reine, puis il retrace, et qui peut le faire mieux que lui, l'œuvre de son maître et ami.

René Beckers, secrétaire général, donne lecture du rapport traditionnel. Comme tous les ans, il expose au chef du gouvernement les préoccupations des praticiens belges. Ce sont, hélas, les mêmes que les nôtres, elles sont dues aux lois sociales, à une opinion publique mal éclairée, à certains jugements récents.

Après voir remercié les élèves de Widal qui se sont rendus à son appel, Beckers demanda à l'assemblée d'observer, debout, une minute de silence en l'honneur du maître disparu, minute d'émotion intense pendant laquelle la *Marseillaise* se fit entendre en sourdine d'abord, sur un rythme de marche funèbre, puis crescendo, pour se terminer en un chant triomphal.

M. le professeur Auguste Ley, président de la session consacra son discours inaugural à la *Criminalité*. Excel, cent discours d'une très belle tenue, dit avec beaucoup de finesse.

La conférence de M. Abrami avait pour sujet la *Vertu de l'ignorance* ; elle fut tout bonnement exquise.

Nous espérons pouvoir bientôt donner un extrait de cette causerie étincelante, dite avec une charmante simplicité. Elle valut à l'orateur l'ovation la plus flatteuse.

Dans quelques jours nous publierons le compte rendu des travaux et le récit des réceptions de ces belles journées. Je ne veux pas attendre jusque-là pour dire à tous ceux qui nous accueillirent si magnifiquement le souvenir profond que tous les Français ont gardé de leur séjour annuel chez leurs amis de Bruxelles.

F. L. S.

# NÉCROLOGIE

## PAUL DALCHÉ

Paul Dalché est mort le 26 avril à soixante-treize ans.

Spécialisé dans la médecine gynécologique, il y avait acquis par ses travaux une grande et juste notoriété.

Comme homme, il fut un exemple de dévouement et de bonté.

Né dans la Guyenne, il était resté profondément imprégné de son origine et attaché à sa province. Il aimait à retourner dans sa terre du Rieu, près de Sainte-Livrade, dans le Lot-et-Garonne ; il y allait chaque année, fidèlement, passer ses vacances.

Il fit ses études secondaires au lycée d'Agen puis vint à Paris pour étudier la médecine. Reçu à l'internat à son premier concours, il fut rapidement nommé médecin des hôpitaux.

Orienté par son maître Gallard, dont il épousa la fille, vers la gynécologie, il consacra sa thèse à une étude de l'ovarite. Puis ce fut une série de travaux de même ordre : *Traitement médical des maladies des femmes*, en collaboration avec Albert Robin, *Des maladies de l'ovulation, Gynécologie et accidents du travail, Les annexites non infectieuses, les leçons cliniques et thérapeutiques sur les maladies des femmes*. Il faisait en outre chaque semaine des cours à l'hôpital et fit paraître de nombreux articles dans les journaux médicaux.

Ce travail considérable, il le fit d'abord avec ardeur et avec joie. Il le fit ensuite pour se distraire, car un deuil cruel vint bouleverser sa vie : sa femme et sa fille moururent de la même maladie, à quelques années de distance.

Médecin de la Pitié, puis médecin de l'Hôtel-Dieu, il consacrait plusieurs heures par jour à son service et à sa consultation de gynécologie.

Il était d'une ponctualité exemplaire et d'une grande bonté. Ses malades lui vouaient toutes une affectueuse reconnaissance et ses élèves l'entouraient d'un respectueux dévouement.

D'une distinction sans recherche, il savait, même lorsqu'il se faisait familier, garder la distance.

Il conserva jusqu'à sa fin son allure de race, sa lucidité et son activité. Quelques jours avant sa mort, il consacrait encore ses efforts aux travaux qu'il achevait et sa sollicitude à une clientèle qui lui était restée fidèle.

Il appartint à cette lignée de grands médecins qui consacrent leur vie à la science qu'ils aiment et qu'ils savent servir.

André Bergeret.

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 23 juin 1931.*

M. le Président annonce la mort de M. Jean Piot (du Caire), correspondant national depuis 1908 dans la section de médecine vétérinaire.

**La propriété scientifique.** — Mme Curie donne lecture du rapport dont elle a été chargée par la Commission de la propriété scientifique.

En voici les conclusions :

« L'Académie de médecine, après avoir entendu la communication de M. L. Klotz, présentée en séance plénière, le 21 avril 1921, après avoir entendu le rapport de la Commission instituée pour examiner cette communication, constate qu'une législation établissant le droit du savant serait un acte de justice qui permettrait non seulement d'améliorer la situation individuelle des auteurs de découvertes scientifiques, mais aussi de favoriser les progrès de la science en remédiant à la crise redoutable dont souffrent les laboratoires, les hôpitaux et autres institutions d'utilté sociale, reconnaît que les études techniques déjà faites, tant au point de vue national que sur le terrain nternational, donnent l'espoir d'aboutir, pour le nouveau droit, à une formule satisfaisante ; se déclare favorable à la création du droit du savant et exprime le vœu que la reconnaissance de ce droit soit hâtée par l'initiative des pouvoirs publics. »

**La réforme des études dentaires.** — L'Académie procède au vote qui avait été ajourné dans la dernière séance. Elle adopte l'amendement de M. Marfan ainsi conçu :

« La suppression du titre de chirurgien-dentiste ne lui paraît pas justifiée

« Le diplôme de bachelier doit désormais être exigé de ceux qui désirent commencer les études nécessaires pour obtenir ce titre ;

« Il y a lieu de procéder à une réforme de ces études, lesquelles devront durer cinq années ;

« Les chirurgiens-dentistes qui désirent obtenir le diplôme de docteur en médecine devront se soumettre à toutes les conditions imposées aux autres étudiants, sans dispenses, ni faveurs. »

**Le danger des plongées par fond d'eau insuffisant. L'hématomyélie des plongeurs.** — M. Guillain. — La plongée peut déterminer des lésions rachidiennes et médullaires graves. Dans presque tous les cas de paralysie des plongeurs, il existe une fracture d'une ou plusieurs des dernières vertèbres cervicales, causée par la résistance du fond. Les lésions médullaires sont des hématomyélies. Elles peuvent se manifester sous trois formes cliniques : l'une, grave, caractérisée par une paralysie des membres inférieurs, de l'abdomen, du thorax, et qui se termine par la mort en quelques jours ou quelques semaines ; la seconde où la paralysie et les paraplégies se montrent tardivement ; la troisième, bénigne, où les troubles d'ordre paralytique sont transitoires.

**Transmission au singe de la fièvre exanthématique observée à bord des navires de guerre à Toulon. Ses rapports avec le typhus exanthématique.** — MM. Marcandier, Plazy, Le Chuiton et Pirot.

**Quelques souvenirs sur Littré.** — M. Armaingaud.

**Transmission d'épidémies à distance. Cas du choléra des poules.** — M. Trillat.

*Séance du 30 juin 1931.*

**A propos du procès-verbal.** — M. Arnold Netter lit une note sur l'existence sur le littoral méditerranéen, en

# SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

dehors de la fièvre boutonneuse transmise par le *Rhinicephalus sanguinensis* du chien, d'un typhus endémique bovin (maladie de Brill) transmis par un arthropode dy rat, le *riognatus Bacoti*.

**Notice.** — M. LOUIS MARTIN lit une notice nécrologique sur Kitasato.

**Rapport.** — M. CALMETTE donne lecture d'un rapport sur les instructions sanitaires du gouverneur général Carde et sur le programme de développement sanitaire des colonies. Il enregistre avec satisfaction l'initiative de M. Carde dans l'organisation de la médecine préventive aux colonies. Il souhaite que soient créés en aussi grand nombre qu'il sera nécessaire des infirmeries, des dispensaires, des écoles de médecins auxiliaires indigènes et de sages-femmes. Il souhaite aussi que le nombre des médecins français spécialisés en hygiène et en médecine tropicale soit accru, et que l'on organise le plus grand nombre possible de laboratoire et d'instituts de recherches

**Anthracose et silicose pulmonaires.** — M. J. LECLERCQ (de Lille) montre combien les praticiens sont souvent en difficulté pour le diagnostic de l'anthracose et de la silicose pulmonaires. Il pense qu'il y aurait lieu de créer dans les houillères des centres de dépistage des silicoses où un examen complet permettrait de préciser les diagnostics.

De plus, il serait nécessaire de préciser par des observations et des recherches la question de la silicose avant de décider l'inscription de celles qui entraînent l'application de la loi du 25 octobre 1919 sur les maladies professionnelles.

**De la nature tuberculeuse de certaines hydrocèles congénitales.** — MM. BRINDEAU, PIERRE CARTIER et POUGIN ont observé à la clinique Tarnier deux cas d'hydrocèles congénitales. Un de ces enfants était né d'une mère ayant une tuberculose en évolution. La mère de l'autre, arrivée à la clinique avec une infection grave, est morte quelques jours après. Elle présentait à l'autopsie des lésions anciennes de tuberculose. L'accouchement, dans les deux cas, avait été normal et les deux enfants semblaient bien portants, mais on constatait chez eux une hydrocèle double, dont le liquide tuberculisa les animaux auxquels il fut injecté. Ces deux nouveau-nés succombèrent quelques semaines après, de *bacillémie tuberculeuse du premier âge*. Aucun de ces enfants n'avait pris de BCG.

**De la nature de certaines hydrocèles dites essentielles.** — M. CARTIER.

**A propos des accidents électriques de la basse tension.** — M. ZIMMERN.

**Recherches sur les diététoxiques. Extrait thyroïdien et déséquilibre alimentaire.** — M. MOURIQUAND et Mme CHAIX.

**Election** d'un membre dans la section des membres libres en remplacement de M. Maurice de Fleury, décédé.

Classement des candidats : en première ligne, M. Mesnil; en seconde ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Bouquet, Lasnet, Meige, Sabouraud et Trillat ; adjoints par l'Académie : MM. Blondel et Kling.

Ont obtenu au premier tour :

M. Mesnil, 51 voix ; M. Lasnet, 18 ; M. Bouquet, 7 ; M. Blondel, 3 ; M. Kling, 3 ; M. Trillat, 1 ; bulletin nul, 1.

M. Mesnil, ayant obtenu la majorité absolue, est élu membre dans la section des membres libres.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

*Séance du 26 juin 1931.*

**Perfectionnements apportés à la méthode d'immunisation active de la diphtérie par l'anatoxine diphtérique.** — MM. ROBERT DEBRÉ, G. RAMON, M. et G. MOZER et Mlle JEANNE PRIEUR. — L'anatoxine actuellement délivrée par l'Institut Pasteur présente une activité moyenne, puisqu'elle contient dix unités au centimètre cube. Chaque sujet reçoit donc actuellement, suivant une gradation et un rythme bien établis, trente unités au cours de la vaccination. Dans ces conditions, on obtient l'immunisation de 94 à 96 sujets sur 100. Bien que ce pourcentage de succès laisse loin derrière lui celui que l'on obtient avec les autres méthodes de vaccination, les auteurs ont cherché à l'améliorer pour éviter qu'on observe, comme il arrive de temps à autre, des diphtéries parfois sévères chez les vaccinés. Ils se sont préoccupés non seulement de diminuer le pourcentage de sujets dont le Schick reste négatif après vaccination, mais encore d'augmenter chez chaque individu vacciné la teneur en antitoxine pour lui donner une meilleure protection contre la diphtérie. La tâche n'est pas aisée, car la difficulté croît au fur et à mesure que le reliquat de sujets vaccinés est plus petit.

On a pu tout d'abord envisager l'injection d'une quatrième dose d'anatoxine. Cette méthode, on le sait déjà, donne des résultats favorables, surtout si la quatrième injection est faite longtemps après la vaccination. Cette « injection de rappel » qu'il y a lieu de recommander en nombre de circonstances fait augmenter rapidement la teneur en antitoxine du sérum, mais on ne saurait préconiser la généralisation d'une pareille pratique.

L'augmentation de l'intervalle de temps entre les injections n'a pas donné de bons résultats, en ce sens que le procédé qui consiste à faire deux injections d'un demi et d'un centimètre cube d'anatoxine à cinq semaines d'intervalle ne confère pas l'immunité à tous les sujets vaccinés. Au contraire, l'accroissement des doses injectées en unités anatoxiques a donné toute satisfaction. Les auteurs se sont servis d'une anatoxine plus puissante, titrant en moyenne quinze unités au centimètre cube, et ont injecté chaque fois une dose plus forte, si bien que certains enfants ont reçu au total 90 unités et d'autres 64. Dans ces conditions, sur 265 enfants vaccinés, on a observé 265 fois le virage de la réaction de Schick : celle-ci, positive avant l'expérience, est devenue négative quinze jours après la vaccination dans tous les cas (pourcentage de succès : 100 p. 100). En outre, la teneur du sérum en antitoxine chez les sujets vaccinés a été considérablement augmentée par rapport à celle que l'on observe en se servant de la technique usuelle. Fait important : cette méthode ne provoque pas plus de réaction que la méthode habituelle, même chez les enfants tuberculeux soignés à l'hôpital maritime de Berck.

Il y a donc lieu de préconiser dans la vaccination de la diphtérie une augmentation des doses injectées, et l'on peut espérer, par ce moyen, réaliser avec les meilleures chances de succès, dans des conditions compatibles avec la pratique, une excellente prophylaxie de la diphtérie.

**Étude d'un cas de tétanie parathyréoprive.** — MM. MARCEL LABBÉ, R. BOULIN et A. ESCALIER ont suivi un

## SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

malade atteint de tétanie parathyréoprive après thyroïdectomie et passé ensuite à l'état de tétanie latente ; ils ont pu déceler par les examens biochimiques et surtout par les examens chronaxiques au cours d'épreuves d'hyperpnée provoquée, les variations de l'hypersensibilité latente en rapport avec la cessation ou la reprise du traitement.

Ils insistent sur deux conclusions pratiques : l'intérêt de répéter les recherches chronaxiques et des épreuves d'hyperpnée pour juger de l'évolution de l'affection ; l'importance de la thérapeutique à base d'extrait parathyroïdien longuement et rigoureusement poursuivie.

**Typho-bacillose provoquée par l'injection intraveineuse massive de BCG. Guérison.** — MM. J. TROISIER, Y. BOQUIEN et de S. MONALDI rapportent l'observation d'une fièvre continue consécutive à l'injection intraveineuse de doses élevées de BCG chez un adulte indemne de tuberculose. Les réactions biologiques — cuti et intradermoréactions tuberculiniques, réaction de fixation, et réaction de Vernes à la résorcine, — négatives avant toute injection, sont devenues toutes trois fortement positives au début de la période fébrile et se sont maintenues positives au moment de la guérison. Dans ces conditions, on peut admettre que la typho-bacillose du sujet a été provoquée par l'introduction du BCG dans les veines et n'est pas liée au réveil d'une tuberculose antérieure. D'ailleurs, le malade reste parfaitement guéri depuis cinq mois.

Les auteurs soulignent l'inaptitude du BCG à remonter de virulence, même dans des conditions très favorables.

**Maladie osseuse de Reklinghausen après symphyséotomie et injection puerpérale.** — MM. P. CARNOT, DELAFONTAINE et P. VÉRAN. — La maladie s'est développée après un accouchement septique, il y a cinq ans, ayant nécessité une symphyséotomie. Les premiers troubles osseux furent des ostéophytes des épiphyses fémorales et des os iliaques. Des géodes creusèrent ensuite la tête fémorale, tandis que se développaient d'énormes ostéophytes symphysaires et craniens. Cette évolution, jointe à l'aspect des clichés, fait penser à un processus inflammatoire. Les stigmates biochimiques et électriques de l'hyperparathyroïdie manquent dans cette observation. Les auteurs discutent le mécanisme pathogénique et les indications thérapeutiques.

**Nanisme rénal.** — MM. APERT et BAILLET relatent deux nouveaux cas d'arrêt total de la croissance avec déformations osseuses en relation avec des altérations de sclérose atrophique des reins survenues dans l'enfance. Ils rappellent les cas antérieurement publiés sous le nom de nanisme rénal. Il s'agit de jeunes sujets qui, sans cause apparente, cessent de grandir et de grossir, de telle sorte qu'ils paraissent beaucoup plus jeunes qu'ils ne sont ; la puberté n'apparaît pas ; la santé générale est longtemps inaltérée, du moins en apparence ; toutefois des déformations osseuses tardives à type de rachitisme sont fréquentes. Dans les cas typiques, les symptômes sont ceux de la néphrite interstitielle : polyurie sans albuminurie ni œdèmes, énorme azotémie longtemps bien supportée. Il faut bien connaître ces cas et dépister l'azotémie, car un incident insignifiant tel qu'une médication intempestive ou une légère intervention orthopédique suffisent à déclencher une urémie mortelle. A l'autopsie, on trouve tout petits reins scléreux, avec sclérose interstitielle et traînées de petites cellules rondes entre les tubes, rénaux. Les néphrites parenchymateuses d'origine toxi-infectieuse, beaucoup plus fréquentes dans l'enfance, réalisent un tout autre aspect clinique.

**Dactylomégalie des gros orteils avec mal perforant, ostéo-arthropathie phalango-phalangienne et troubles sensitifs dissociés et sympathiques (artère tabétique pseudo-syringomyélique).** — MM. TH. ALAJOUANINE J. MAGE et G. MAURIC présentent un tabétique avec, à l'un des pieds, un gros orteil considérablement hypertrophié, de coloration violacée, avec troubles sympathiques importants, troubles sensitifs, surtout thermiques, mal perforant sous l'orteil ; la radiographie révèle une arthropathie phalango-phalangienne isolée. A l'autre pied, il a existé une lésion semblable qui a régressé : le volume de l'orteil est devenu normal ainsi que sa couleur, le mal perforant local est guéri. Il ne persiste qu'une ankylose de l'articulation phalango-phalangienne avec déformation et exostose visible à la radio. Les auteurs insistent sur cet aspect du gros orteil tabétique pseudo-syringomyélique (Alajouanine et Bascourret), sur la comparaison fournie dans ce cas par les aspects différents qui dépendent du moment de l'évolution, et sur la pathogénie de ces troubles.

**L'ostéoarthropathie médiotarsienne tabétique. Les aspects initiaux et l'évolution du pied tabétique.** — MM. ALAJOUANINE, BASCOURRET et MAGE présentent trois malades tabétiques offrant à des degrés divers les déformations du pied tabétique ; dans tous ces cas, la radiographie révèle une lésion articulaire massive mais limitée à l'articulation médiotarsienne, principalement dans sa partie interne. Chez l'un des malades, on peut noter, les deux pieds ayant été atteints à des dates différentes, la différence d'aspect des lésions anciennes et l'évolution régressive d'une partie des troubles. Les auteurs comparent ces faits à ceux classiquement décrits comme pied tabétique de Charcot et Féré. Ils insistent sur les aspects initiaux de ce pied tabétique, sur certains caractères de son évolution, et surtout sur le fait que la lésion est, au début, et peut rester ensuite une ostéo-arthropathie médiotarsienne.

MAURICE BARIÉTY.

### SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 1er juillet 1931.*

M. MÉTIVET présente des radiographies montrant dans l'estomac une volumineuse tumeur faite de cheveux.

**A propos de l'appendicite aiguë.** — M. MOCQUOT analyse la communication de M. MARTY à propos de sa statistique d'appencicites aiguës. Il a opéré 426 appendicites aiguës avec une mortalité de 7 p. 100. Il insiste sur la nécessité de l'opération précoce, n'ayant pas eu un seul cas de mort dans les appendicites des vingt-quatre premières heures.

**Luxations traumatiques de la hanche irréductible.** — M. MATHIEU rapporte ces deux observations de M. CHARRIER. Dans le premier cas, il s'agit d'une lésion complexe, fracture du fémur et luxation irrégulière directe de la hanche avec fracture du sourcil cotyloïdien. Reposition sanglante. Guérison. La seconde observation concerne

# SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

une luxation ancienne. Reposition et butée sus-cotyloidienne. Guérison.

M. MATHIEU insiste sur la nécessité d'une large voie d'abord et sur la beauté du résultat fonctionnel.

M. CUNEO estime que dans certains cas l'incision antéro-externe peut être insuffisante et que la tabatière aggrandie peut être nécessaire à l'abord de la tête lorsque celle-ci est en situation postérieure.

**A propos du traitement du cancer du col utérin.** — M. LENORMANT, sur 86 cas, a une mortalité de 31 p. 100. M. Lenormant a vu sa mortalité tomber de 50 à 9 p. 100; il l'attribue à plusieurs raisons : meilleures indications, meilleure technique, utilisation de la rachianesthésie et drainage plus large. Dans 25 p. 100 des cas, il y avait des ganglions paracervicaux; dans les autres cas, les ganglions étaient iliaques externes ou hypogastriques. M. Lenormant insiste d'autre part sur la nécessité formelle du drainage et d'un drainage large : actuellement l'auteur draine systématiquement par mèches vaginales, sous une péritonisation colo-vésicale. Avec cette technique, MM. Lenormant et Wilmoth ont opéré 26 cas sans une seule mort.

M. J.-L. FAURE a opéré près de 800 hystérectomies élargies pour cancer utérin. Il a très souvent trouvé effectivement le ganglion principal de Leveuf, ganglion moyen de Marcille. Par ailleurs, M. Faure n'est pas du tout certain de la nécessité de l'adénectomie systématique lorsqu'il n'y a pas d'adénite palpable et visible.

Il estime même que lorsque les ganglions sont envahis, et ils le sont tardivement, la bataille est perdue.

Enfin M. J.-L. Faure insiste sur la nécessité de large drainage à la façon de Mikulicz, susceptible de modifier considérablement le pronostic de l'hystérectomie élargie, et il termine sa communication par un chaud plaidoyer en faveur du Mikulicz.

**A propos de la maladie de Stieda.** — M. FREDET fait projeter toute une série de radiographies de cette curieuse lésion, et montre par des exemples qu'une lésion tout à fait analogue peut exister au niveau du coude. Il insiste d'autre part sur la bénignité absolue de cette lésion, sauf chez les accidentés du travail, pour qui elle devient un prétexte à réclamations.

HENRI REDON.

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

*Séance du 20 juin 1931.*

**Le relais tissulaire dans la traversée comparée des monosaccharides dextrogyres.** — MM. NOEL FIESSINGER, JOSEPH DIERYCK et FRANÇOIS THIÉBAUT. — La traversée comparée des sucres au moyen de l'épreuve amphogyre ayant établi d'une façon indiscutable la variabilité du relais tissulaire, les auteurs se sont attachés à fixer l'importance de ce relais pour les deux monosaccharides dextrogyres, glycose et galactose, tant au point de vue normal que pathologique. Pour y arriver, ils comparent la courbe glycémique capillaire et veineuse. On sait que le sang capillaire est analogue au point de vue glycémique au sang artériel. A l'état normal, les courbes capillaires et veineuses ne sont pas superposables pour le glucose et se fondent pour le galactose. Dans les hépatites, il existe une même différence des courbes, mais un retour à la nomale retardé. Chez les obèses, il en est de même. Chez les diabétiques, l'épreuve au glucose, après une forte hyperglycémie au départ, ne donne pas de différence capillaro-veineuse; le retour à la normale est plus retardé que chez les hépatiques. L'épreuve au galactose entraîne une augmentation de sucre plus considérable dans le sang veineux et un retour à la normale plus rapide qu'avec la glucose. Les auteurs signalent aussi une différence considérable de la courbe capillaro-veineuse au glucose dans la maladie d'Addison et dans le kyste du pancréas. Il résulte de cette étude que la pratique des courbes capillaro-veineuses permet de juger de l'importance du relais tissulaire pour le glucose et, par contre de son inexistence pour le galactose.

**La galactosurie provoquée. Courbes d'élimination et concentration de sortie.** — MM. NOEL FIESSINGER, FRANÇOIS THIÉBAUT et JOSEPH DIERYCK fixent pour l'étude de la galactosurie une technique d'épreuve dérivée de celle de Bauer : ils font absorber au sujet à jeun à 8 heures 40 grammes de galactose dans 200 grammes d'eau, lui font boire dans les vingt-quatre heures une quantité d'eau de 1 500 grammes. Les urines sont recueillies en quatre échantillons (à 10 heures 12 heures, 18 heures et 8 heures le lendemain matin). On mesure les volumes des urines et on dose la quantité de galactose éliminée.

Une épreuve quantitative étudie tout d'abord la quantité globale de galactose éliminée dans les vingt-quatre heures. La galactosurie est toujours importante dans les ictères par hépatite : 5 à 10 grammes (ictères catarrhaux), 3 à 4 grammes (ictères toxiques ou infectieux, syndrome ictéro-ascitique des cirrhoses, ictère passager du foie cardiaque, cirrhoses sans ictère). Elle est normale par contre dans le cancer du foie, la compression des voies biliaires et l'hépatite scléro-congestive.

Dans une épreuve qualitative, les auteurs s'attachent ensuite à la concentration de sortie globale et fractionnée. Dans cette épreuve intervient le trouble du métabolisme de l'eau des hépatiques, décrit par Gilbert et Lereboullet sous le nom d'opsiurie. Dans l'ictère catarrhal, le sucre passe presque entièrement dans le premier échantillon; les concentrations ultérieures se rapprochent vite de la normale. Dans les cirrhoses, par suite de l'opsiurie, les concentrations fractionnées vont en décroissant lentement (élimination en échelons). Dans les poussées dégénératives des cirrhoses, on retrouve l'élimination en échelons caractéristiques des cirrhoses et la forte concentration globale caractéristique des hépatites parenchymateuses.

**Le potassium du sang et des sérosités dans les cirrhoses éthyliques et chez les cardio-rénaux.** — M. CH. ACHARD, et Mlles JEANNE LÉVY et M. PACU ont trouvé dans le plasma un taux de potassium supérieur à la normale et dans les sérosités, un taux moindre que dans le plasma. Il y a aussi dans le plasma plus de sodium que dans les sérosités, mais moins de chlore. Dans les ascites ponctionnées la première fois et dans les hydrothorax, le potassium est entièrement ultra-filtrable.

**Le potassium du sang dans les pneumonies et pleuropneumonies.** — M. CH. ACHARD et Mlles JEANNE LÉVY et M. PACU ont vu que pendant la période aiguë, le potassium du plasma est plus élevé qu'à l'état normal. Il s'abaisse au-dessous du taux normal au moment de la

## SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

crise urinaire, mais reprend sa valeur normale en même temps que cessent l'hypochlorémie, l'hypocalcémie et l'hyponatrémie.

**Modifications des albumines du sang au cours du diabète sucré.** — MM. MARCEL LABBÉ et BOULIN ont constaté, qu'il existe approximativement dans 60 p. 100 des cas de diabète sucré (avec ou sans dénutrition) une augmentation de taux des albumines sériques. Celles-ci atteignent en moyenne le chiffre de 92 grammes.

Cette hyperprotidémie est surtout une hypersérinémie, celle-ci s'observant plus communément encore dans le diabète avec dénutrition (83 p. 100 des cas) que dans le diabète sans dénutrition (68 p. 100 des cas). La sérine atteint en moyenne 61 grammes.

Les globulines, par contre, sont normales dans plus de la moitié des cas. Il en résulte une élévation du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$, atteignant en moyenne 2,30, l'augmentation de ce rapport s'observant plus fréquemment encore dans le diabète avec dénutrition (74 p. 100 des cas) que dans le diabète sans dénutrition (52 p. 100 des cas).

**Modifications des albumines du sang au cours du coma diabétique.** — MM. MARCEL LABBÉ et BOULIN ont trouvé dans sept cas de coma diabétique un taux variable des albumines totales, de la sérine, de la globuline et du rapport S/G; mais les taux moyens étaient sensiblement normaux. L'installation du coma diabétique paraît donc s'accompagner d'une diminution de l'hyperprotidémie et plus particulièrement de l'hypersérinémie habituelle au diabète sucré.

**Les modifications de la formule sanguine au cours de l'aurothérapie.** — M. NOEL FIESSINGER présente une note de MM. E. DUMAREST, H. MOLLARD et P. PAVIE d'Hauteville), qui ont entrepris un examen systématique du sang de malades traités par les sels d'or (thiosulfate double d'or et de sodium) et qui en tirent actuellement les conclusions suivantes : 1° L'amélioration de la formule sanguine au cours de l'aurothérapie est d'un bon pronostic. Elle est parallèle à l'amélioration clinique. Inversement, quand elle est nulle, il semble que la chrysothérapie demeure inefficace. 2° La constatation d'une éosinophilie importante doit faire arrêter, au moins provisoirement, le traitement, sous peine d'accidents d'intolérance. 3° La constatation d'une hyperleucocytose progressive avec augmentation du nombre des polynucléaires neutrophiles semble indiquer que la saturation de l'organisme est atteinte et qu'on doit, sous peine d'accidents de saturation, arrêter le traitement.

**Modifications de la pression veineuse et de la pression rachidienne consécutives à l'embolie cérébrale expérimentale.** — MM. M. LŒPER, A. LEMAIRE et S. DE SÈZE ont appliqué à l'étude de l'embolie cérébrale expérimentale la méthode d'enregistrement graphique de la pression veineuse et de la pression rachidienne. Les tracés montrent que l'embolie cérébrale provoque, en plus de l'hypertension artérielle bien connue, une hypertension veineuse et une hypertension rachidienne qui évoluent parallèlement.

**Altérations expérimentales de la grande onde initiale du complexe ventriculaire électrocardiographique (par injection de nitrate d'argent dans la cloison interventriculaire).** — MM. C. LIAN ET F.-P. MERKLEN n'ont pu obtenir d'altération du grand accident initial du complexe ventriculaire électrique au cours de multiples injections caustiques effectuées dans les diverses régions du myocarde ventriculaire qu'en lésant la partie supérieure ou la partie moyenne de la cloison interventriculaire. Aussi concluent-ils de leurs recherches que l'élargissement de ce grand accident initial de l'électrocardiogramme caractérise l'atteinte de la zone du septum interventriculaire traversée par les branches terminales du faisceau de His.

**Les atyples ventriculaires électrocardiographiques expérimentales et cliniques.** — MM. C. LIAN ET F.-P. MERKLEN distinguent dans le vaste cadre des atypies ventriculaires deux variétés d'anomalies du complexe ventriculaire que l'expérimentation permet dès maintenant d'individualiser :

L'élargissement du grand accident initial du complexe ventriculaire caractérise une atteinte de la partie supérieure ou moyenne du septum interventriculaire et indique une perturbation anatomique ou fonctionnelle des branches terminales du faisceau de His.

Par contre, l'altération isolée des parties moyenne et terminale de l'electrocardiogramme (dénivellation du segment RT ou ST et modifications de T) n'a aucune valeur localisatrice ; fréquente dans les oblitérations coronariennes, elle est loin cependant d'être l'apanage des troubles coronariens et peut relever d'autres causes.

**Les modifications de l'hyperglycémie provoquée dans les divers territoires vasculaires à la suite d'absorption de glucose chez le chien normal inanitié ou phlorizіné.** — M. F. RATHERY et M[lle] YVONNE LAURENT ont noté, en étudiant les variations des glycémies dans les territoires porte, sus-hépatique, artériel et jugulaire à la suite d'une injection intraduodénale de glucose, que c'est au niveau de la veine porte que se fait la plus grande poussée hyperglycémique. Elle est particulièrement marquée chez les chiens au jeûne prolongé et chez les chiens phlorizinés.

**Modification de la glycémie secondaire à l'absorption de glucose chez le chien soumis à des états divers : alimentation normale ou hypersucrée, inanition, injection de phlorizine.** — M. F. RATHERY et M[lle] YVONNE LAURENT ont constaté, à la suite d'une injection intraduodénale d'une forte dose de glucose une montée de la glycémie artérielle dans les trois premières heures, mais il existe des variations individuelles considérables.

En gavant les chiens de saccharose ou de glucose pendant plusieurs jours, on modifie en général peu la glycémie; cependant on peut parfois obtenir un relèvement de son taux. Les sujets au jeûne prolongé soumis à l'injection intraduodénale massive de glucose présentent des poussées hyperglycémiques plus *intenses* et plus prolongées. Les sujets phlorizinés antérieurement ont une poussée hhyperglycémique plus forte que celle des chiens normaux, moins forte que celle des inanitiés.

*(à suivre.)* F.-P. MERKLEN.

# NOUVELLES

**Les examens de médecine comporteront-ils des épreuves écrites l'an prochain?** — Les doyens de Facultés et directeurs d'écoles de médecine viennent d'être saisis d'un questionnaire demandant :

1° S'ils sont partisans d'épreuves écrites aux examens de fin d'année.

2° Dans quelles conditions ces épreuves pourraient fonctionner.

Si, sans rien changer au régime actuel, l'on pourrait instituer des épreuves écrites pour l'an prochain à l'égard des étudiants de première et de deuxième année. Les épreuves écrites ne modifieraient en rien les épreuves orales et de travaux pratiques existantes. L'écrit serait éliminatoire ; l'admissibilité ne compterait que pour la session où elle a été acquise. Enfin l'écrit ne porterait que sur des sujets généraux prêtant à dissertation.

Le Conseil consultatif de l'enseignement supérieur s'est prononcé favorablement pour ce renforcement des examens de médecine.

**Création de camps thermaux.** — Le ministère de la Santé publique a décidé, à titre d'expérience, la création immédiate de trois camps thermaux. L'objet de ces camps est d'assurer les bienfaits de la cure thermale aux enfants et tout jeunes gens qui en sont privés faute de ressources suffisantes.

L'un de ces camps sera installé au Mont-Dore, l'autre à Bagnères-de-Luchon, le troisième à Cauterets par les soins du Touring-Club de France.

Ils seront ouverts dès le mois d'août jusqu'à fin septembre, et sont organisés par l'Association générale des camps de vacances, sous la direction de la Fédération thermale et climatique française.

Y sont acceptés les enfants et tout jeunes gens justiciables soit du traitement en usage dans ces stations, soit simplement d'un séjour dans l'une ou l'autre de ces stations, à titre climatique.

Des résultats de cette expérience dépend l'extension de cette initiative si hautement humanitaire.

Pour les conditions d'admission et de séjour, s'adresser à l'Association générale des Camps de vacances, 11, rue Huyghens, Paris (XIV^e).

**Voyage d'études au Canada et aux Etats-Unis.** — Nous avons le plaisir d'annoncer à nos lecteurs le premier voyage au Canada et aux Etats-Unis, organisé sous les auspices de l'*Univers médical*, et d'un Comité placé sous la présidence d'honneur du professeur Balthazard, doyen de la Faculté de médecine de Paris, et composé des professeurs : J.-L. Faure, E. Lesné, P. Nobécourt, G. Pouchet et A. Zimmern, Delmas, Euzière, Laignel-Lavastine, J. Lhermitte, M. Lœper et de MM. Henri de Régnier, de l'Académie française, Henri Bordeaux, de l'Académie française, J.-H. Rosny aîné, président de l'Académie Goncourt, etc.

Ce voyage comportera une partie touristique très intéressante, puisqu'il s'agit d'un séjour d'un mois en Amérique avec la visite de Québec, Montréal, Torento, Lac Ontario, Chutes du Niagara, Chicago, Washington, Philadelphie, New-York, et une partie scientifique tout amicale et permettant la visite des principaux hôpitaux des Facultés, etc., où les médecins seront reçus par les notoriétés médicales américaines : les doyens des Facultés de Washington, Philadelphie, New-York, etc.

Le prix du voyage au départ de Paris et retour à Paris comprenant le passage en classe dite « touriste » est fixé à : 12 850 francs.

Tous renseignements et brochure descriptive, sur demande, doivent être adressés à la direction technique des Voyages et Congrès de l'*Univers médical*, 33, avenue de l'Opéra, Paris.

**Premier Congrès international d'électroradiologie dentaire et de prophylaxie et chirurgie dentaires et coloniale.** — Ce Congrès se tiendra à Paris du 30 juillet au 2 août au Palais des Congrès de l'Exposition coloniale.

Le Comité d'organisation se compose de :

*Président* : Louis-C. Barail (France).

*Vice-présidents* : D^r Alfred-A. Asgis (U. S. A.) ; Adolphe Squillante (Algérie).

*Secrétaire général* : Max Lévy (Deutschland).

*Trésorier* : D^r José Nieto (Colombie).

*Propagande* : D^r A. Cieszinski (Polska).

*Archiviste* : D^r Talbot (Great Brittain).

Peuvent participer au Congrès les dentistes diplômés ou patentés de tous les pays. Ils doivent verser une cotisation de 125 francs français ou 5 dollars U. S. A. et être agréés par le bureau central.

Les membres de la famille des congressistes peuvent participer au Congrès ; ils versent une cotisation de 75 francs français ou 3 dollars U. S. A. et doivent être agréés par le bureau central. Les étudiants en chirurgie dentaire et en médecine pourront être admis comme membres actifs par le bureau central. Ils seront alors dispensés de toute cotisation.

Les fournisseurs, mécaniciens pour dentistes et toutes personnes qualifiées et agréées par le bureau central peuvent participer au Congrès au titre de *membres associés* ; ils doivent verser une cotisation de 250 francs au moins.

De nombreuses fêtes, galas, réceptions et représentations théâtrales sont prévus.

Adresser les adhésions au secrétaire général, D^r Max Lévy, Kurfuertenstrasse, 106, Berlin W.

**VIII^e Congrès dentaire international.** — Ce Congrès se tiendra à Paris du 2 au 8 août 1931, au Grand Palais des Champs-Elysées.

BUREAU DU CONGRÈS. — *Président* : M. Georges Villain.

*Vice-présidents* : MM. D^r Audy, Fourquet, Frison, Friteau, Pent, Villain.

*Commissaire général de l'Exposition* : M. Henri Villain.

*Commissaires adjoints* : MM. Budin, Morineau, Wallis, Davy.

*Secrétaire général scientifique* : M. Solas.

*Secrétaires adjoints* : MM. Lebrun, Sapet.

*Secrétaire général administratif* : M. Halona.

*Secrétaires adjoints* : MM. Charley, Renault.

*Trésorier* : M. Fontanel.

*Trésoriers ajdoints* : MM. Crocé-Spinelli, Dubois, Viau.

PROGRAMME PROVISOIRE, EMPLOI DU TEMPS. — *Vendredi 31 juillet.* — 8 h. 30 du soir : Réunion de la F. D. I.

*Samedi 1^er août.* — 9 heures à 12 heures, 2 heures à 5 heures : Réunion de la F. D. I.

*Samedi 1^er et dimanche 2 août.* — 9 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures : Secrétariat du Congrès

# NOUVELLES *(Suite)*

ouvert dans le Grand Palais pour l'inscription des congressistes, qui doivent faire apposer les timbres de contrôle sur leur carte de membre et auxquels seront remis les insignes, documents et invitations qui leur sont destinés, ainsi que les instructions pour les auteurs des rapports, des communications et des démonstrations.

15 heures : Réunion de la F. D. I.

20 h. 30 : Réception des Congressistes par le Comité d'organisation à Versailles, départ par trains spéciaux de la gare des Invalides.

*Lundi 3 août.* — Matin : Séance d'ouverture du Congrès. — 13 heures à 16 h. 30 : Travail des Sections. — 21 heures : Réception et fête à l'Exposition coloniale (offertes aux congressistes).

*Mardi 4 août.* — Matin : Séance plénière (présentation des rapports généraux). — Après-midi : Travail des Sections. — 17 heures : Réception à l'hôtel de ville. — Soirée libre pour réunions particulières.

*Mercredi 5 août.* — Matin : Séance plénière (présentation des rapports généraux). — Après-midi : Excursions par groupes (Orly, Fontainebleau, Saint-Germain, La Malmaison, etc.).

*Jeudi 6 août.* — Matin : Démonstrations. — 12 heures : Mémorial Charles Godon. — Après-midi. — Travail des Sections. — 20 h. 30 : Représentation de gala à l'Opéra (offerte aux congressistes).

*Vendredi 7 août.* — Matin : Démonstrations. — Après-midi : Travail des Sections. — 20 heures. — Banquet.

*Samedi 8 août.* — Matin : Démonstrations. — Après-midi : Séance plénière de clôture. Possibilité de réserver deux heures au travail des Sections.

*Samedi 8 août.* — 8 h. 30 du soir : Réunion de la F. D. I

RAPPORTS GÉNÉRAUX. — *Rapport I :* Infections métastatiques d'origine dentaire. — *Rapporteur* : Dr Garfield Rickert, University of Michigan, School of Dentistry Ann-Arbor (Etats-Unis).

*Argumentateurs* : M. Aguilar (Vizconde de Casa), Florestan, Madrid (Espagne) ; Frey L., Dr M., chargé, Cours F. M., Paris (France) ; Steadman F. St. J. D. P. H., L. R. C. P. (Lond) M. R. C. S., L. D. S., (Eng) Dental Surgeon, Londres (Angleterre) ; Dr Stein Georg, Wien (Autriche).

*Rapport II :* L'action des prothèses partielles fixes et amovibles sur l'intégrité tissulaire. — *Rapporteur* : M. Housset P., professeur École dentaire, Paris (France).

*Argumentateurs* : M. Bakker B. R., Utrecht (Hollande) ; Dr James Kendall Burgess, New-York (Etats-Unis) ; Professeur Dr Schröder, Berlin-Charlottenburg (Allemagne) ; Dr Shimamine Tohru, Tokio (Japon).

*Rapport III :* Prophylaxie et soins dentaires chez les enfants au-dessous de six ans. — *Rapporteur* : M. A Pitts, Londres (Angleterre).

*Argumentateurs* : M. Brun, Oslo (Norvège) ; X., Amérique Latine. ; Thaddeus P. Hyatt, New-York (Etats-Unis) ; M. le Dr Tholuck, Frankfurt-am-Main (Allemagne) ; Dr Watry, Bruxelles (Belgique).

*Rapport IV :* L'amputation coronaire de la pulpe. — *Rapporteur* : M. Rebel, Direktor professor-doctor, Zahnarztliches Institut der Universität, Gottingen (Allemagne).

*Argumentateurs* : Kauazawa Kanae, docteur-professeur, Tokio (Japon) ; Dr Roy, Paris (France) ; M. Josef JARZAB Stellvertretendu Professor der Stomatologie Poznan (Pologne) ; M. Hess, docteur-professeur, Zurich (Suisse) ; M. Dieck, docteur-professeur, Berlin (Allemagne) ; X., Amérique Latine.

AVIS GÉNÉRAUX. — Le Secrétariat du Congrès sera situé dans le hall d'entrée du Grand Palais. Il fonctionnera du 31 juillet au 9 août, de 9 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures.

*Inscriptions.* — Les membres du Congrès sont priés d'inscrire leur nom et leur adresse à Paris aussitôt après leur arrivée ; ils recevront les insignes qu'ils devront porter dans toutes les occasions.

**Exposition des drogues végétales de la France et des territoires d'outre-mer.** — A l'occasion de cette exposition qui se tiendra du 16 au 22 juillet, M. le professeur Em. Perrot, qui en a assumé l'organisation, prie MM. les droguistes et pharmaciens, qui auraient en leur possession de beaux échantillons d'origine certaine, ou des emballages caractéristiques, de vouloir bien, si possible, les mettre à sa disposition pour la durée de l'Exposition.

Celle-ci sera temporaire et limitée à la durée du IVe Congrès de la Fédération internationale pour l'herboristerie médicinale, aromatique et des plantes similaires, au sujet duquel le Comité d'organisation a adressé un chaleureux appel à la participation pharmaceutique (droits d'inscription au Congrès ; participation individuelle, 75 francs. Firmes, 200 francs).

Ecrire pour tous renseignements au Secrétariat général, 12, avenue du Maine, *IVe Congrès international des plantes médicinales.*

**Congrès international des plantes médicinales et des plantes à essences.** — Ce Congrès se tiendra à la Faculté de pharmacie de Paris du 16 au 21 juillet 1931 sous le patronage de M. Em. Perrot, président du Comité interministériel des plantes médicinales.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Perrot, 12, avenue du Maine, Paris (XVe).

**Thèses de la Faculté de médecine de Paris.** — 29 *Juin.* — M. PINEAU-VALENCIENNE : La mort par pitié. Etude médico-légale. — M. FAIVRE : Les jeunes vagabondes prostituées en prison. — M. FARDEAU : Les tumeurs spontanées chez le lapin. — Mme ALIBERT : Recherches sur l'état général des malades atteints de décollement de la rétine. — M. LAINÉ : Etude des leucémies lymphatiques. — M. MORIN : Le métabolisme cellulaire est-il de nature électrochimique? — M. BUCQUOY : Le traitement de la tuberculose pulmonaire après quarante ans. — M. GIROD : Etude des infections focales. — M. KRITCHEWSKY : Antagonismes de la carie et de l'alvéolyse. — M. RAYNARD : Sur les polynévrites alcoolo-tuberculeuses. — MOHAMMED ES SAHHA : Etude des azotémies au cours du traitement de la fièvre typhoïde par la trypaflavine. — M. BARTHÉLEMY : Etude de l'izara. — M. FILLOUX : Le Fenugrec. Etude expérimentale et clinique. — M. BERTRAND : Etude sur la suppuration post-grippale des kystes de l'ovaire. — M. ROUSSEAU : Dangers de la décalcification et de la surcharge calcique au cours de la grossesse.

30 *Juin.* — M. SICOT : Etude des pseudarthroses de la rotule. — M. CABAILLE : Les étapes du traitement de la métrite cervicale chronique. — M. LITMAN : Etude des ostéites des maxillaires. — M. KARSZ :

## NOUVELLES *(Suite)*

Diagnostic biologique de la grossesse. — M. PILTZ : Etude du vaginisme. — M. BERNAUD : Les phénomènes nerveux et le syndrome méningé au cours de la grande insuffisance hépatique. — M. CZERNICHOW : Contribution au traitement de l'œsophagisme. — M. MENNECIER : Les ictères de l'acide phénylquinotéine carboxylique. — M. THIROLOIX : Les souffles organiques du cœur. Etude clinique et thérapeutique.

1er *Juillet.* — M. FINIKOFF : Etude clinique et chirurgie des abcès corticaux du rein. — M. FERRIER : Appareil locomoteur et glandes à sécrétion interne. — M. FLAUMENBAUM : Evolution des idées sur l'hémostase dans le traitement chirurgical du cancer de la langue. — M. GRUNBERG : Considération sur l'extirpation des goitres encapsulés. — M. BIESSE : Emasculation par les pinces par écrasement du cordon. — M. HAMEDY : Aptitude des animaux à la production des antitoxines. — M. LECONTE : Nos connaissances sur la tuberculose porcine. — M. CHOLLET : Accidents d'intoxication chez le mouton

2 *Juillet.* — M. BRETEY : Etude critique du débit cardiaque. — M. KANONY : Etude de la tuberculose laryngo-pulmonaire. — M. KAPLAN : Les modifications radiologiques au cours du traitement de la tuberculose pulmonaire par la chrysothérapie. — M. LAFLOTTE : Algies brachiales de la ménopause. — M. THOYER : Le syndrome de Brown-Sequard et les voies de la sensibilité dans la moelle. — M. BOQUET : Etude des calcifications pleurales. — M. GAZEAU : Traitement du rhumatisme articulaire aigu par les polysalicylates. — M. MAILLET : Des signes dystrophiques et d'amoindrissement préalable de terrain dans la tuberculose évoluante de l'adulte. — Mlle C. PAU : La gangrène pulmonaire chronique. — M. SORIA : Etude de la méningite à bacille de Friedlander. — M. TERRIAL : Recherche et diagnostic coprologique. des protozoaires intestinaux en coprologie clinique. — M. BRAUNSTEIN : Pyrétothérapie réglée associée au traitement arsenical (tryparsamide) dans la paralysie générale. — M. LAROCHE : Etude des trichophytines et des réactions qu'elles provoquent. — M. LARDAT : Traitement bismuthé de la syphilis. Accidents et thérapeutique soufrée. — M. DE MORSIER : A propos de la thérapeutique de la syphilis et son traitement par un bismuth insoluble associé au mercure et à l'arsenic. — M. PHAN TAN THIET : Etude du traitement de la blennorragie chronique par la diathermie. — M. CATALAYUDE : Traitement de la méningite cérébro-spinale. — M. FAURE : Considérations étiologiques et thérapeutiques sur l'asthme infantile. — M. FRESQUET : L'aortite rhumatismale chez l'enfant. — M. LE GARREC : Etude de l'encéphalomyélite de la rougeole. — M. UNGIER : L'orthopédie aux phases aiguës et de régression de la paralysie infantile. — M. WAIJMAN : Perforation de la vésicule biliaire au cours de la fièvre typhoïde chez l'enfant. — M. ADABACHE : La chrysothérapie des rhumatismes chroniques. — M. BAQUELIN : Etude critique des arséno-résistances et des arséno-récidives cliniques. — M. MORLET : Tuberculose de la face chez le chat. — M. LEMAITRE : Le sulfate neutre potassique d'oxyquinoléine (quinosol) dans la pratique vétérinaire.

3 *Juillet.* — M. BERGER : Les présentations de l'épaule à la Maternité de Lariboisière. — M. LUFTI : La détermination du sexe (Etude historique). — M. BERGERON : Etude clinique et thérapeutique des complications les plus fréquentes de l'entorse du genou chez les sportifs.

4 *Juillet.* — M. HERMANN : Des glaucomes chroniques par contusion. — Mlle D. RABINOVITCH : Etude du traitement des canaux dentaires et de la région péri-apicale par les agents physiques. — M. DUMAS : Traitement des infections à germes pyogènes par l'association antivirus-bactériophage. — M. KERVELLA : La vie et l'œuvre de Bichat (1771-1802). — M. LAMBERT : Le volvulus de l'iliaque au cours de la grossesse. — M. LEBOIS : Etude de la torsion intra-abdominale de la trompe utérine saine. — M. PRIOLET : Etude de la spondylose rhizomélique. — M. MILLIAN : L'inadaptabilité sociale des épileptiques et son rôle dans la délinquance. — Mlle A. ROUDINESCO : Durée d'incubation du tabes et de la paralysie générale. — M. ATCHIA : Etude de l'intoxication par les gaz d'automobiles. — M. BENARDEAU : Les divers modes d'intoxications par l'œuf de poule. — M. ESCARAVAGE : Etude de la contagiosité du zona. — M. LAMBERG : L'hygiène des cardiaques. — M. LE BUANEC : Considérations historiques et critiques sur les costumes, mœurs et préjugés d'Armorique en matière d'hygiène. — M. LUCADOU : Historique et exposé du traitement des gangrènes pulpaires par l'aldéhyde formique. — M. MALEK : Prophylaxie de la syphilis dans la société moderne.

6 *Juillet.* — M. BOYER : Typhocurémie infectieuse des équidés.

7 *Juillet.* — M. JOLLÈS : Réaction de remplissage. Etude d'une réaction thermique spéciale de réinsufflation au cours du pneumothorax artificiel. — M. DURIEUX : Etude du pneumothorax d'origine traumatique.

9 *Juillet.* — M. LEROY : A propos de deux cas de pylorectomie pour ulcère perforant en péritoine libre. — M. BISMUTH : Les formes occlusives de l'appendicite aiguë chez le vieillard. — M. ROBERT : Etude des labyrinthites aiguës au cours des otites aiguës. — M. GUERCHE : Paraspasme facial bilatéral. — M. DUMANS : A propos d'un cas d'intoxication aiguë par le chlorate de

## NOUVELLES *(Suite)*

potasse. — M. GIAMI : Traitement de l'asthme par l'anesthésie générale. — M. THOLOSÉ : Etude du terrain dysendocrinien de la pelade. — M. DESVAUX : La leucocyto-réaction dans la syphilis héréditaire. — M. PÉRÈS : Traitement de la radiothérapie fonctionnelle sympathique des dysménorrhées et troubles associés. — M. THÉVENARD : Des blennorragies prolongées de l'urètre antérieur. — M. ISARRÉ: Essai psycho-pathologique sur Danton. — M. MASSOULIER : Etude de l'action de la vagotonine sur le pneumogastrique. — M. STRINZA : De la régénération sanguine dans l'anémie prolongée expérimentale. — M. FACATSELLIS : Les fractures spontanées multiples des nourrissons rachitiques. — M. FOGEL : A propos d'un cas de maladie de Barlow. La fièvre scorbutique. — M. MAUREL : Le scoutisme et l'hygiène de l'adolescent. — M. TSAKNAKIS, Le kala-azar infantile à Paris. — M. JAULERRY : Un traitement des réactions de Wassermann irréductibles, l'hyposulfite de soude. — M. CHARIF : Etude étiologique de l'habronémose cutanée. — M. MOINE : Le rachitisme chez les carnivores.

10 *Juillet.* — M. MONTAGNE, Etude des causes et de la thérapeutique prophylactique des accouchements prématurés. — M. CASTAIGNET : Le *Gesemium sempervérens* études pharmacologique et thérapeutique. — M. MAZATAUD : Etude de l'exploration fonctionnelle du foie. — M. VIGE : L'urétrographie, étude radiologique de l'urètre par injection de substances opaques. — M. AMIOT : Etude électro-physiologique du mode d'action de la diathermie. — M. ROUSSEAU, Dangers de la décalcification et de la surcharge calcique au cours de la grossesse.

11 *Juillet.* — M. H. CORNÉJO : Diagnostic des sténoses cervicales et de leur traitement par le tube d'Iribarne dans la stérilité féminine. — Mlle DENSMORE : Radiodiagnostic des grossesses ectopiques. — M. SELBONNE: Contribution à l'étude de la Féligonie. — M. BRONSTEIN : Rétention d'œuf mort dans les premiers mois de la grossesse utérine. — M. POL MATHIS : Etude critique de l'ozone, dans ses applications thérapeutiques en chirurgie générale. — M. ROY (LOUIS) : La forme endocervicale du cancer du col de l'utérus. — M. LUZUY : L'hystérectomie vaginale (étude critique des indications et des techniques). — M. CROISIER : La télestéréoradiographie des ulcus gastriques (les avantages de cette méthode dans la localisation et le diagnostic des vraies et des fausses niches). — M. PELLET : Le problème du vertige digestif. — Mme CHAMPDEMERLE : Contribution à l'étude des facteurs de la croissance. — M. BRULIN : Etude du mécanisme de la contagion par l'air et l'eau. — M. CHABELLARD : Etude de la lutte contre les insectes nuisibles de nos habitations. — M. CHAUSSIDIÈRE : La lutte sociale contre la tuberculose. — M. CHRYSATIS : Dystrophie cruro-vésico-fessière par agénésie sacro-coccygienne. — M. SOULIN : L'anesthésie avant l'emploi du chloroforme et de l'éther. — M. ROUSSEAU : Considérations sur l'extension éventuelle de la fièvre jaune. — M. STEPHEN : Humidification de l'atmosphère dans les habitations. — M. DE MONTAUZON : La vérification clinique des novarsénonenzènes. — M. HERMABESSIÈRE : La syncope. Etude pathogénique. Rôle de la circulation de retour. — M. LAPEYRE : La pression artérielle, moyennes et les courbes oscillométriques dans la démence précoce hébéphrénique.

### MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

11 JUILLET. — *Villes de Faculté.* Concours pour les bourses du doctorat en médecine et de pharmacie.

14 JUILLET. — *Philadelphie.* Dernier délai de dépôt des mémoires pour le prix Alvarenga (s'adresser au secrétaire, M. John H. Girvin, 19, South 22 B. Street, à Philadelphie, U. S. A.).

15 JUILLET. — *Montpellier.* Concours de médecin des hôpitaux d'Avignon.

16 JUILLET. — *Paris.* Exposition de drogues végétales de la France et des territoires d'outre-mer.

16 JUILLET. — *Strasbourg.* Clinique oto-rhino-laryngologique. Cours de perfectionnement par M. le professeur CANUYT.

20 JUILLET. — *Paris.* Hôpital Cochin, 9 heures : Cours de perfectionnement sur les maladies des voies urinaires de M. le Dr CHEVASSU.

20 JUILLET. — *Paris.* Société de laryngologie des hôpitaux de Paris. Réunion à l'hôpital Saint-Antoine.

20 JUILLET. — *Paris.* Hôpital Saint-Antoine. Réunion de la Société de laryngologie des hôpitaux de Paris.

20 JUILLET. — *Londres.* IIe Congrès international d'orthodontie.

22 JUILLET. — *Paris.* Journées médicales coloniales de Paris. Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général à l'Hygiène sociale, 112, boulevard Haussmann, Paris.

22 JUILLET. — *Paris.* Journées médicales coloniales.

25 JUILLET. — *Nancy.* Préfecture. Dernier délai d'inscription pour le concours de médecin neurologiste à l'hospice J.-B. Thierry à Maxéville.

27 JUILLET. — *Paris.* IIIe Congrès international de radiologie (s'adresser au secrétariat général du Congrès, 122, rue La Boétie, Paris).

27 JUILLET. — *Paris.* Congrès international de radiologie.

29 JUILLET. — *Nancy.* Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences.

3 AOUT. — *Paris.* Congrès dentaire international. Secrétaire général : M. Villain, 10, rue d'Isly.

# VARIÉTÉS

## LE MALAISE DE LA MÉDECINE A LA FIN DU XVIe SIÈCLE

*André du Breil et la police de l'art et science de médecine.*

Que le malaise de la médecine ne date pas d'aujourd'hui, c'est ce dont, je pense, personne ne peut douter. Mais que les causes de ce malaise soient restées inchangées depuis bientôt quatre siècles, voilà qui doit surprendre surtout ceux d'entre nous qui oublient combien l'homme, de nature essentiellement routinier, demeure attaché à ses errements soit par paresse d'esprit, soit par terreur de l'inconnu, compagnon inséparable de tous les changements.

Il y a trois siècles et demi, un courageux médecin, André du Breil, docteur régent de la Faculté de Paris, dédiait au roi de France, en termes respectueux mais fermes et dignes, un petit livre où il passait en revue les causes et les conséquences désastreuses pour le public de ce malaise. En même temps il indiquait les remèdes à y apporter. Parmi ceux qu'il propose, il en est un qui a été repris ces temps derniers, je veux parler de l'Ordre des médecins. Il est intéressant de voir les arguments employés par un praticien il y a trois siècles, en faveur de cette institution.

L'opuscule de Du Breil, publié à Paris en 1580, chez Léon Cavellat, au Griffon d'Argent, rue Saint-Jean-de-Latran, est un petit in-12, de 147 pages, imprimé sur beau papier vélin, en beaux caractères elzéviriens. Il est écrit dans cette langue française du XVIe siècle, si riche et si pittoresque, qui fut celle de Rabelais et de Montaigne. Chaque chapitre est orné d'un frontispice, d'une lettrine et d'un cul-de-lampe.

En l'écrivant, du Breil se proposait principalement de combattre les charlatans. C'est ce que donne à entendre dès la première page le titre fort long : *La police de l'art et science de médecine, contenant les réfutations des erreurs et insignes abus qui s'y commettent pour le jour d'huy, très utile et nécessaire à toutes les personnes qui ont leur santé et vie en recommandation, où sont vivement confutés tous sectaires, sorciers, enchanteurs, magiciens, devins, pythoniciens, souffleurs et toute racaille thériacale, lesquels en tous lieux et tous pays, sans aucun art ni science, approbation ou authorité, font ou exercent impudemment et malheureusement la médecine au grand intérêt de la santé et de la vie des hommes et détriment des Républiques.* Sous ce titre, qui, malgré sa longueur, ne donne qu'un résumé très incomplet des matières traitées dans ce factum, on lit cette fière devise : *Crescit in adversus virtus.*

Mais, avant d'étudier *la Police de l'art et science de médecine*, en insistant surtout sur les rapports de l'exercice de la médecine au XVIe siècle avec la pratique médicale moderne, je donnerai une biographie, de toute nécessité courte, de son auteur, car nous ne savons de lui que peu de chose et rien de ses ascendants.

### André du Breil, médecin de la peste à Rouen, 15..? — 1586.

Était-il apparenté avec ce Gervais Du Breil, étudiant en l'Université de Paris, à la Faculté de médecine et demeurant rue Saint-Jacques, aux Quatre fils Aymon, près l'église Saint-Benoist, dont il est fait mention dans les *Insinuations du Châtelet* (1) ? C'est ce que rien ne permet de dire. Le 25 septembre 1559, ce jeune homme fit en effet une donation de tous ses biens, meubles et immeubles au pays d'Anjou, à son frère aîné Jean du Breil, seigneur de Dangers, « entre les mains de maître Pierre Adam, chappelain noter (*sic*) du Roy notre Sire.

Le nom de cet étudiant ne figure pas dans les *Commentaires de la Faculté.* Il est par suite permis de supposer qu'atteint d'une maladie grave, il fit cet acte *in extremis* et qu'il mourut avant d'avoir passé le premier examen de licence.

Les mêmes *Commentaires* nous apprennent qu'André du Breil, angevin, compatriote sinon parent ou allié du précédent, inscrit à la Faculté de médecine de Paris, subit ses examens de licence en 1569. Sous la présidence de Gourmelen, il traita cette question : *An diagnosis et prognosis ad therapiam necessariæ?* A quoi le candidat répondit en un excellent latin, en des termes en tout semblables à ceux que Molière met dans la bouche du médecin de M. Pourceaugnac : « Comme ainsi que l'on ne puisse guérir une maladie sans que l'on ne la connaisse parfaitement et sans que l'on puisse la bien connaître sans en établir bien l'idée particulière et la véritable espèce par ses signes diagnostiques et pronostiques » (2).

La même année, il soutint sa cardinalice sous la présidence de Pierre Ravin. Il avait pris pour sujet : « *An anginæ remedium venæ sectio* », et comme de juste il répondit par l'affirmative à cette question (3).

Ce ne fut qu'en 1578 qu'il obtint le droit d'ajouter à son titre de docteur la qualité de

(1) Insinuations du Châtelet (*Archives nationales*, Y 100, folio 295).

(2) Commentaires de la Faculté.

(3) Cf. Thèses de la Faculté antérieures au XIXe siècle t. I, et MOLIÈRE, M. de Pourceaugnac, acte I, scène VI.

## VARIÉTÉS *(Suite)*

régent en présidant la thèse de Pierre Quineffault: *An dysenthericis cathartica?*

Qu'était-il devenu pendant cet intervalle de neuf ans? Hazon va nous l'apprendre (1). « En 1572, la ville de Rouen, alors affligée et ravagée par la peste, fit appel à la Faculté de médecine de Paris pour recruter des médecins qui voudraient venir combattre ce fléau. » Hazon toutefois ne les nomme pas. Mais, semble-t-il, Du Breil seul se laissa tenter par les offres des Rouennais.

Au cours du XVI[e] siècle, la peste est endémique dans toute la France. Peu de villes en eurent à souffrir autant que Rouen. On peut dire, sans risquer d'être taxé d'exagération, que, de 1500 à 1600, la grande cité normande ne fut visitée que par une seule épidémie de peste, mais qu'elle dura tout le siècle.

Principal port de commerce sur la Manche et la mer du Nord, entrepôt des marchandises provenant de l'Europe septentrionale (Angleterre, Pays-Bas, Allemagne, et Scandinavie), ville malpropre et surpeuplée, le chef-lieu de la Normandie offrait à la peste une proie d'autant plus facile qu'à la maladie se joignait trop souvent la famine et que, dans la seconde moitié du siècle, à ces calamités vinrent s'ajouter les désordres des guerres de religion.

L'épidémie de 1521 aurait coûté la vie à 55 000 personnes. Celle de 1580 aurait fait en quelques mois plus de huit mille victimes.

Nicétas Périaux évalue à plus de 300 000 le nombre des décès causés par la peste, au cours du XVI[e] siècle, dans la seule ville de Rouen (2).

Pendant ce temps les médecins, à qui l'on avait maladroitement supprimé la plupart de leurs anciens privilèges (exemptions de taxes et de corvées) et qui voyaient leurs meilleurs clients fuir la ville à l'annonce des premiers cas du mal, s'empressaient de les imiter. En 1541, Pruvost resté seul médecin à Rouen, à défaut de bonne volonté, se vit astreint, par ordonnance du Parlement de Rouen qui du reste s'était prudemment réfugié à Lisieux, à soigner les pestiférés. Cet arrêt porta ses fruits : en 1548, il ne restait plus un seul médecin dans la ville (3).

Ces errements ne furent particuliers ni à la Normandie, ni à la période troublée des guerres religieuses. En 1638, Parin écrit à Cl. Belin : « Quant à ce que vous me mandez de la peste, je vous dirai que dans aucun lieu à Paris, ni même dans les hôpitaux de la peste, par l'avarice de Messieurs de la police, il n'y a aucun médecin de la peste, au grand détriment du bien public, *totum istud negotium, magno plebeculæ damno, ignaris tonsoribus committitur,* si bien que nul médecin n'est employé à la peste en cette ville » (4).

Patin ajoute que depuis le mois de juillet, lui et ses confrères (environ une centaine de médecins) ont vu chacun une soixantaine de cas de peste qu'ils ont dirigés sur les hôpitaux de Saint-Louis et de Saint-Marceau où beaucoup sont morts (5).

Patin, dans cette lettre, semble mettre en doute le caractère contagieux de la peste. On avait heureusement une tout autre opinion à Rouen, et déjà on avait recours à certaines mesures prophylactiques efficaces : désinfection des habitations touchées par la maladie, par combustion des parfums : mélange de clous de girofles, cannelle, baies de genièvre, poix, résine et soufre ; destruction des vêtements des pestiférés ; isolement des personnes atteintes par la maladie et de leurs familles (6).

Suivant Ch. de Beaurepaire, « du Breil André, noble homme, docteur régent de la Faculté de médecine de Paris, fut appelé à Rouen, pour soigner les pestiférés, aux gages de quatre cents livres par an, outre le louage de sa maison, le 16 avril 1572 » (7).

Le rôle de Du Breil à Rouen fut, croyons-nous, plus important que celui d'un simple médecin communal chargé de soigner des malades contagieux. Cela ressort de la lecture de son livre. Il l'a signé comme suit : « André du Breil, angevin, docteur régent de la Faculté de médecine de Paris, ordonné pour subvenir aux besoins de la ville de Rouen ». En outre, il fait suivre l'épître dédicatoire au roi d'un discours au Sénat de la capitale normande. Il répète dans ce discours qu'il a été « commis pour les besoins de la ville, et que c'est pour répondre à la confiance que lui a témoignée l'amplissime Sénat de Rouen, généralement congrégé et assemblé pour la police des maladies d'icelle (la ville de Rouen), le vendredi 14 août 1576, et m'acquitter de la charge où il a plu messieurs vos médecins moy constituer ».

(1) Éloge historique de la Faculté de médecine de Paris, discours académique pour les lauriers, traduit du latin, prononcé aux Écoles de médecine par Mgr Jacques-Albert Hazon, président de l'acte, Paris.

(2) NICÉTAS PÉRIAUX, Histoire sommaire et chronologique de la ville de Rouen, Rouen, 1874.

(3) GOSSELIN, Recherches sur les anciens bureaux de police de Rouen (*Précis analytique de l'Académie des sciences, arts et lettres de Rouen*, 1872-1873).

(4) GUY PATIN, Lettres, *in* édition Triaire, lettre à Claude Belin, du 18 octobre 1631.

(5) D'après Triaire, ce devait être l'établissement des Hospitalières Saint-Julien, situé au faubourg Saint-Marceau.

(6) *In* GOSSELIN, *loc. cit.*

(7) CH. DE BEAUREPAIRE, Notes historiques sur les médecins de Rouen dans la seconde moitié du XVI[e] siècle, 1905, p. 51. Je dois ces renseignements à l'obligeance du D[r] Boucher, de Rouen, auteur d'un bon travail sur la peste à Rouen, aux XVI[e] et XVII[e] siècles *(Précis analytique de l'Académie des arts, sciences et lettres de Rouen, 1697.)*

# VARIÉTÉS *(Suite)*

De cela, on doit conclure que du Breil remplissait des fonctions à Rouen à peu près équivalentes à celles d'un directeur de bureau d'hygiène ou d'un directeur de la santé, de nos jours. Ses attributions semblent même avoir été plus étendues, puisque, lorsque les administrateurs de la ville se réunissaient pour examiner des questions de salubrité publique, il assistait au conseil avec une voix tout au moins consultative. On voit aussi qu'il tenait ces fonctions de la confiance de ses confrères rouennais ; peut-être la devait-il à sa qualité de médecin de la Faculté de Paris, car ses collègues normands invités, dès son arrivée, à donner leur appréciation sur sa valeur professionelle, répondirent qu'ils « avaient trouvé le dict du Breil fort savant médecin et fort honneste personnage, mais que quant à donner une attestation par écrit, c'était chose inaccoutumée et serait faire tort à la Faculté de Paris qui l'avait reçu et passé docteur ».

De ces confrères de Rouen, nous n'en connaissons qu'un seul : « Maître Richard Legras, en son vivant docteur en médecine qui, pendant trente ans ayant exercé la médecine à Rouen (avec quels savoir, industrie et probité, la ville et le pays le savent), décédé au grand regret de tous, le huitième jour de novembre 1584, âgé de cinquante-huit ans et quatre mois (1). » Ce Legras était, disent les épitaphes, grand médecin et chirurgien très renommé.

Quel accueil le factum de du Breil reçut-il du roi, nous l'ignorons, mais peut-être ne fut-il pas étranger à la promulgation d'une ordonnance royale ensuite des États généraux de 1580, touchant l'exercice de la médecine : « Nul ne pourra practiquer en médecine qu'il ne soit docteur en les dictes facultés et ne sera passé aucun maître chirurgien ou apothicaire ès ville où il y a une Université, sans que les docteurs régents en médecine de la dicte ville ne l'aient examiné et ne l'aient approuvé. Aussi en leur présence seront visitées deux fois l'an les boutiques des apothicaires. Le tout sans préjudice des décrets et règlements particuliers (2). »

(1) Le tombeau de feu noble homme Maistre Richard Legras de Rouen, en son vivant docteur en médecine, M.D.LXXXVI.

Le 7 juillet 1581, la ville de Rouen, voulant reconnaître les services que son médecin lui avait rendus, le gratifia d'une robe de camelot tanné. André du Breil mourut le 21 mai 1586. Il laissait une veuve, Catherine Lecointe, sur qui nous ne possédons aucun renseignement (3).

Or, cette année 1586, la peste présenta une recrudescence notable à Rouen. On peut par conséquent admettre que du Breil succomba aux atteintes de ce mal et que nous devons saluer en lui une victime du devoir professionnel.

Il devait ne pas avoir dépassé de beaucoup la quarantaine. Les règlements de l'Université de Paris, plus rigoureusement observés ici que dans les autres Facultés du royaume, exigeaient en effet que tout candidat au doctorat en médecine eût atteint l'âge de vingt-cinq ans, pour y être admis, exception faite en faveur des fils de docteurs de la Faculté, pour qui cette limite était abaissée à vingt-deux ans. Du Breil, ayant subi sa dernière épreuve de doctorat en 1569, devait avoir en 1586 environ quarante-deux ans.

Il est assez habituel, quand on lit les doléances d'un médecin sur sa profession, d'y voir l'expression de la rancœur d'un esprit chagrin aigri par des déboires en clientèle. Avec tout ce que nous savons de du Breil, il est impossible de regarder son factum autrement que la tentative d'esprit généreux, de faire rendre à sa profession la considération qui lui était due. Tel était le but de *la Police de l'art et science de médecine* dont nous donnerons, dans un prochain article, un rapide aperçu.

H. Gros.

(2) Ordonnance du Roy Henry, troisième du nom, Roy de France et de Pologne, sur les plaintes et doléances faictes par les députés des Estats de son royaume convoquez et assemblez en la ville de Blois, le 25 janvier 1580.

(3) C. de Beaurepaire, *loc. cit.*

# REVUE DES CONGRÈS

## CONGRÈS DE LA LITHIASE URINAIRE

*Vittel, 24 et 25 mai 1931.*

Organisé par la Société de médecine de Vittel, sous les auspices de l'Institut d'hydrologie de la Faculté de médecine de Nancy, et avec le concours de la Société d'hydrologie et de climatologie de l'Est, ce Congrès s'est tenu à Vittel, les 24 et 25 mai dernier.

Plus de 300 médecins français et étrangers avaient répondu à l'appel des organisateurs. Les travaux se sont ouverts sous la présidence des professeurs Legueu, Marcel Labbé, Maurice Villaret, Spillmann, doyen de la Faculté de Nancy, et Jeanbrau.

Les travaux des trois sections : médicale, chirurgicale et hydrologique, eurent lieu simultanément, afin que les médecins et chirurgiens puissent travailler ensemble et apporter à la discussion les arguments qui, d'habitude, sont produits séparément dans les sociétés de médecins ou de chirurgiens spécialistes.

L'originalité de ce Congrès résida dans le fait que toutes les séances furent plénières, de telle sorte que médecins et

chirurgiens étaient réunis pour discuter ensemble les questions mises à l'ordre du jour.

Une exposition magnifique de collections de calculs variés du rein, de l'uretère et de la vessie, parmi lesquelles se distinguait celle de l'hôpital Cochin, réunie par le professeur Chevassu, avait été réalisée dans les salles de travail.

Le succès de ce Congrès fut assuré grâce à une organisation matérielle hors de pair.

Les travaux puisèrent un intérêt tout particulier dans la qualité scientifique des rapporteurs et dans la discussion très librement conduite des rapports et des communications.

Ils furent complétés par une excursion en automobile aux stations thermales de l'Est.

RAPPORTS

### La formation de l'acide oxalique et sa précipitation rénale.

Par le professeur LŒPER et MM. SOULIÉ et TONNET.

L'oxalémie ou goutte oxalique est une goutte hydrocarbonée ; elle semble due à l'insuffisance de combustion des hydrates de carbone qui se fait en quelque sorte « à l'étouffée ». Elle exige la diminution des aliments sucrés, l'excitation des fonctions du foie, qui est le gros réservoir de sucres, les exercices musculaires qui les détruisent, les antiseptiques intestinaux qui réduisent les fermentations possibles, et l'insuline qui facilite son excitation.

Lorsque l'oxalémie devient vraiment goutte, c'est-à-dire maladie précipitante, il faut se méfier des alcalins et utiliser les médicaments acides.

L'acide phosphorique est indiqué. L'action des sels magnésiens est discutable.

On voit combien, au point de vue origine et au point de vue traitement, la goutte oxalique s'oppose à la goutte urique, puisque cette dernière exige des alcalins facilitant la dissolution de l'acide urique, et la goutte oxalique, des acides qui facilitent la dissolution des oxalates et empêchent leur précipitation.

### Action lithogène du syndrome entéro-rénal.

Par le professeur agrégé HEITZ-BOYER.

Le rapporteur montre le rôle pathogénique et l'importance pratique très grande de cette notion, qui pourrait aboutir à la prévention de beaucoup de lithiases urinaires, et en particulier des lithiases suppurées secondaires à une infection. En effet, la grande majorité des infections urinaires dites primitives, survenues en dehors d'une contamination externe manifeste, sont secondaires à un état infectieux intestinal par le mécanisme du syndrome entéro-rénal, caractérisé, en effet, par la présence si fréquente des microbes intestinaux : colibacille et entérocoque.

Une série d'observations personnelles, dont quelques-unes suivies depuis plus de dix ans, montrent en particulier que, pour éviter la rédicive de cette variété de calculs rénaux infectés, il est nécessaire de combattre et supprimer les troubles intestinaux, souvent méconnus, et qui avaient été déjà générateurs initiaux de la première pierre enlevée.

Cette notion capitale a déjà été exposée par Heitz-Boyer dans la thèse de son élève Fredet, et elle entraîne des déductions thérapeutiques imposantes, et maintenant fondées sur des faits nombreux.

Mais l'action lithogène du syndrome entéro-rénal s'exercerait également pour la lithiase aseptique, dans la variété oxalique. Celle-ci semble avoir en effet sa source, pour certains cas, dans des troubles intestinaux, réalisant ainsi une variété aseptique du syndrome, complétant la triade de celui-ci, qui comporte de la sorte la variété infectieuse microbienne, la variété toxique et enfin cette dernière variété que l'on pourrait appeler chimique et qui entraîne les mêmes déductions thérapeutiques pour sa prévention comme formation primitive et comme récidive.

### Troubles fonctionnels des reins dans la lithiase rénale.

Par le professeur agrégé PASTEUR VALLERY-RADOT et MAURICE DEROT.

Toute lithiase de quelque durée retentit sur le fonctionnement rénal. Dans la pratique, pour juger de la valeur fonctionnelle globale des reins il y a lieu, en dehors de la recherche de l'albuminurie et des éléments cytologiques. de pratiquer le dosage de l'urée sanguine, d'établir la constante uréo-sécrétoire et de faire l'épreuve de l'élimination de la phénolsufophtaléine. Ces trois épreuves sont nécessaires et suffisantes.

D'après leurs résultats, le médecin saura s'il peut conseiller l'intervention. C'est au chirurgien qu'il appartiendra ensuite de juger le fonctionnement de chaque rein séparément et de décider en dernier ressort.

### Lithiase urinaire et maladies de la nutrition.

Par le professeur agrégé GUY LAROCHE.

L'existence de relations entre la lithiase rénale et les maladies de la nutrition est une notion clinique qui remonte à l'antiquité. Au XIXe siècle, Garrod et Bouchard l'ont étayée sur des recherches biochimiques. Cette notion classique reste exacte et a été confirmée par les travaux modernes sur les différents troubles des échanges nutritifs, particulièrement en ce qui concerne l'acide urique, l'acide oxalique, la cystine, etc. Par exemple, l'hyperuricémie, l'hypercholestérinémie, l'hypercholémie ne sont pas spéciales aux graveleux, mais se rencontrent dans la goutte, les obésités pléthoriques, le rhumatisme goutteux, certaines hypertensions artérielles, la lithiase biliaire, etc. Les faits cliniques et les faits biochimiques expliquent la parenté entre ces diverses maladies.

Parmi les lithiases alcalines elles-mêmes, certaines ne sont pas purement des maladies locales, mais paraissent liées à des troubles du métabolisme oxalique ou phosphatique qui les crée ou les aggrave.

L'auteur ne méconnaît pas le rôle de l'infection, mais pense qu'à l'origine de la plupart des lithiases urinaires, il y a modification du terrain, une dyscrasie héréditaire ou acquise.

Le rapporteur termine par un aperçu sur l'action de certaines glandes à sécrétion interne sur le métabolisme en général, et particulièrement sur le métabolisme calci-

que; il est probable que les glandes jouent un rôle, encore mal défini d'ailleurs, dans la production du terrain propre à la création des états lithiasiques. Il soutient la conception des maladies par ralentissement des oxydations, qu'il rattache à la théorie des ralentissements de la nutrition proposée par Bouchard à la fin du siècle dernier. Il pense que l'on doit rechercher dans les cures hydrominérales qui s'adressent aux lithiases urinaires, non seulement des effets de lavage, mais des actions plus profondes qui s'adressent aux troubles viscéraux, tissulaires, humoraux, etc., qui sont à la base de ces maladies.

### Indications du traitement chirurgical de la lithiase rénale.

Par le professeur LEGUEU.

I. *Dans les calculs situés dans un rein abcédé et de dimensions anormales*, la néphrectomie est indiquée dans toutes les pyonéphroses. Elle sera primitive ou secondaire suivant les conditions de l'état général ou de l'autre rein,

Si le calcul est dans l'uretère, on peut l'enlever d'abord pour rendre au rein sa fonction et réserver pour plus tard la néphrectomie qui deviendra, sans doute, un jour, nécessaire.

II. *Dans les calculs qui siègent dans un rein relativement peu altéré*, plusieurs cas sont également à envisager :

1° *Le calcul est rénal*. Opérer les gros et les moyens et attendre pour les petits, susceptibles d'éliminations spontanées.

La gravité des opérations s'échelonne, entre mes mains, de la façon suivante :

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Pyélotomies........... | 135 | 4 | morts | soit 2,9 | p. 100 |
| Néphrolithotomies .... | 172 | 12 | — | soit 6,9 | — |
| Néphrectomies : | | | | | |
| primitives ......... | 195 | 7 | — | soit 3,5 | — |
| secondaires ........ | 53 | 1 | mort | soit 1,83 | — |

Tous les efforts doivent tendre vers la pyélotomie, qui, même élargie, reste meilleure que la néphrolithotomie; la gravité de celle-ci est atténuée par l'emploi du couteau électrique, mais il y a des limites à son utilisation et, quand il est nécessaire de multiplier les incisions à la surface du rein, il me paraît préférable d'employer d'emblée la néphrectomie.

2° *Le calcul est urétéral*, Ici, l'opération me paraît indiquée beaucoup plus tôt que pour le calcul du rein : celui-ci souffre plus d'un calcul urétéral que d'un calcul pyélique.

Cependant, quand le calcul n'est pas trop gros, qu'il est bas situé, il est sage d'utiliser, avant d'opérer, l'efficacité d'une cure d'eau et les quelques moyens de thérapeutique locale utilisés en pareil cas (dilatation, cathétérisme urétéral, injections, etc.).

3° S'il y a à la fois *un calcul dans le rein et dans l'uretère*, c'est à l'uretère qu'il faut aller d'abord, à moins qu'on n'ait à pratiquer une néphrectomie ; la tendance doit être d'enlever les deux calculs dans la même séance ou au moins le calcul urétéral d'abord.

4° Si le calcul est *dans un rein unique ou un rein en fer à cheval*, les indications opératoires ne sont pas changées cependant, pour le rein unique il y a souvent intérêt à se contenter du traitement médical et hydrominéral à cause de la gravité de l'opération.

### Traitement médical de la lithiase rénale.

Par le professeur MARCEL LABBÉ.

Le rapporteur montre l'importance du régime dans les différentes variétés de lithiases. Ces régimes sont basés sur la pathogénie de chaque variété de lithiase. Dans la lithiase urique, on sait combien l'alimentation est responsable de l'hyperproduction et de l'accumulation de l'acide urique dans l'organisme et des accidents qui en résultent.

Aussi, les principes généraux qui doivent commander aux traitements diététiques de la lithiase urique sont :

1° Réduire la formation de l'acide urique ;

2° Favoriser l'oxydation de l'acide urique formé ;

3° Aider à la solubilisation et à l'élimination de l'acide urique.

Le régime est le moyen qui répond le mieux à ces indications. En n'autorisant que les aliments dépourvus de nucléo-albumines, on supprime complètement l'acide urique exagéré ; les boissons abondantes favorisent l'élimination de l'acide urique ; l'alcalinisation légère des urines, par un régime plus particulièrement riche en végétaux, empêche la précipitation de l'acide urique.

Pour ce qui est de la lithiase oxalique, malgré tous les travaux modernes, il est encore assez difficile d'avoir une idée bien précise sur sa pathogénie. Aussi, jusqu'à plus informé, devons-nous surtout, dans le régime, envisager la suppression des aliments riches en acide oxalique.

Toutefois, qu'il s'agisse de lithiase urique, oxalique ou phosphatique, il ne faut pas se contenter d'instituer le régime en n'ayant en vue que la suppression des principes capables d'augmenter soit l'acide urique, soit l'acide oxalique; il faut penser aux modifications que doivent apporter également les régimes sur la réaction urinaire, cette dernière étant, en fin de compte, la cause des précipitations salines.

Il faut, dans chaque station hydrominérale, que l'attention soit portée toujours davantage vers les régimes, qui devront être dirigés par des diététiciens.

### L'infection dans la lithiase urinaire.

Par les professeurs agrégés MARION et ABRAMI.

Après avoir passé en revue les conditions dans lesquelles s'infecte la lithiase rénale aseptique, et celles où, inversement, l'infection devient lithogène, les rapporteurs étudient les lésions, les symptômes et l'évolution de la lithiase associée à l'infection. Ils insistent sur les modifications capitales qu'imprime au pronostic opératoire l'intervention de l'infection. Ils discutent, en détail, les indications chirurgicales et médicales du traitement, très différentes suivant le volume, le siège, le nombre des calculs, suivant l'état fonctionnel du rein et la résistance générale de l'organisme.

### Radio-diagnostic de la lithiase urinaire.

Par le Dr BELOT, médecin électro-radiologiste de l'hôpital Saint-Louis.

L'image radiologique n'est que l'expression de l'inégalité de transparence des milieux aux rayons X. Cette

inégalité est une fonction atomique : selon leurs éléments composants, les calculs seront donc ou très opaques et bien visibles, ou de même opacité que les éléments qui les entourent ou les contiennent, et, dans ce cas, indécelables, à moins de l'emploi de certains artifices, tels que la pyélographie et la pneumo-pyélographie.

La technique joue un rôle capital : d'elle dépend la qualité du résultat : la radiographie segmentaire ne doit pas être remplacée par une radiographie d'ensemble de tout le système urinaire.

Non seulement les calculs sont, pour la plupart, décelables par la radiographie, sinon par la radioscopie, mais encore on peut en fixer la situation exacte dans l'appareil urinaire, renseignement capital en urologie.

D'autres corps opaques, situés dans le territoire urinaire, peuvent simuler des calculs. Le diagnostic différentiel peut être fait, aujourd'hui, dans la majorité des cas.

Pour tirer du radiodiagnostic des renseignements précis et sûrs, il est nécessaire qu'urologiste et radiologiste travaillent la main dans la main, en étroite collaboration.

### Anurie calculeuse et son traitement.

Par le professeur JEANBRAU.

L'auteur, dans un exposé lumineux et unanimement apprécié, étudie successivement la pathogénie, la symptomatologie et le traitement de l'anurie calculeuse.

Il admet volontiers que l'anurie calculeuse ne survient que lorsqu'il n'y a qu'un seul rein valable fonctionnellement, jusqu'au jour de l'occlusion calculeuse ; mais il expose l'ensemble des raisons qui ont conduit à admettre l'anurie réflexe dans un certain nombre de cas.

En pratique, il estime que dès que le diagnostic d'anurie calculeuse est posé, il faut transporter le malade dans une clinique chirurgicale, où on puisse pratiquer la radiographie, la surveillance clinique et biologique du malade ; essayer de soigner le malade à domicile est, la plupart du temps, une erreur qui rend l'observation incomplète et le traitement plus tardif.

Après avoir essayé les « petits moyens » (bains chauds, belladone, distension de la vessie), il faut recourir rapidement au cathétérisme urétéral et, si cela est nécessaire, aux interventions sanglantes dont l'auteur expose les indications, les techniques et les résultats.

### L'utilisation des voies naturelles pour le diagnostic et le traitement des calculs urinaires sus-vésicaux.

Par le professeur agrégé Maurice CHEVASSU.

1° CALCULS DE L'URETÈRE. — Le toucher rectal et surtout le toucher vaginal permettent de diagnostiquer un certain nombre de calculs de l'uretère et de faciliter leur expulsion. Les injections intra-urétérales de liquide opaque aux rayons X, pratiquées à l'orifice vésical de l'uretère à l'aide de la sonde à bouchon conique, réalisent une urétéro-pyélographie rétrograde qui précise à la fois la situation intra-urétérale du calcul, le rétrécissement fréquent de l'uretère au-dessous du calcul, et le degré de distension de l'uretère et du rein au-dessus du calcul.

Les injections intra-urétérales de gaz transparents aux rayons X (air stérilisé) pratiquées selon la même technique donnent de l'ensemble des cavités urétéro-rénales des images qui, pour être moins séduisantes à l'œil, précisent plus finement encore les rapports du calcul et du conduit excréteur.

On peut faciliter l'expulsion du calcul de l'uretère en dilatant l'uretère au-dessous du calcul : des laminaires montés sur sonde urétérale peuvent réaliser cette dilatation. Mais on peut aujourd'hui saisir directement les calculs dans l'uretère au moyen de pinces à griffes solides, montées à l'extrémité d'une sonde urétérale métallique souple.

2° CALCULS DU REIN. — L'urétéro-pyélographie, opaque ou transparente, permet de localiser exactement les calculs dans tel ou tel point des cavités rénales, d'apprécier le degré de distension de celles-ci au-dessus du calcul, et de préciser l'état de la voie excrétive, dont la bonne perméabilité est indispensable à un parfait résultat thérapeutique. La connaissance précise des rapports entre les calculs et les cavités rénales permet d'agir chirurgicalement en utilisant au maximum les incisions de la voie excrétive, qui ne saignent pas et se réparent facilement et au minimum celles du parenchyme sécréteur. Curettes malléables et pinces montées sur tiges souples facilitent cette action.

3° CONTROLE DES RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES. — L'urétéro-pyélographie montre que la suppression des calculs ne suffit pas toujours à ramener à l'état normal un arbre urinaire trop longtemps distendu ou sclérosé. Tous les efforts doivent donc être faits, dès qu'est précisée la notion du calcul urinaire, pour que ce calcul poursuive le moins longtemps possible ses effets de destruction sur le parenchyme rénal.

Le rapporteur a présenté, à l'occasion de son rapport, un grand nombre de pièces, des instruments et des projections radiographiques.

### Les causes des récidives après l'ablation chirurgicale des calculs du rein.

Par le Dr O. PASTEAU.

La récidive post-opératoire des calculs du rein est fréquente, plus fréquente même que ne l'établissent les statistiques, parce que les opérés échappent souvent à l'observation. Toutefois, d'assez nombreux cas ne doivent pas être classés parmi les récidives, car il se peut que tous les calculs n'aient pas été enlevés lors de l'opération, soit que la radiographie ait été insuffisante, soit que de petites concrétions disséminées dans le tissu rénal aient été laissées en place. La récidive peut tenir à l'état du rein, à la variété de composition du calcul, à la façon dont a été conduite l'opération, au manque de soins ultérieurs et à l'absence de régime.

Pour éviter la récidive post-opératoire, il convient donc de s'efforcer d'enlever tous les calculs, et de bien nettoyer le ou les nids qui les ont contenus, d'assurer une hémostase suffisante et de laisser, surtout en cas d'infection, un drainage qui assure une bonne évacuation des caillots ; mais ce drainage ne doit pas lui-même être trop prolongé. Il doit être complété, dans les cas infectés, par l'évacuation et les lavages du bassinet au moyen de la sonde urétérale, traitement à suivre aussi longtemps qu'il sera indiqué. Enfin l'usage des antiseptiques urinaires

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

avant et après l'opération, un bon régime approprté d'hygiène et d'alimentation sont nécessaires. Ce traitement médical est avantageusement complété par les cures hydro-minérales ; leur choix n'est pas indifférent et doit dépendre de l'état des reins, de la réaction particulière locale et générale. En tout état de cause, il ne faut pas oublier que si le chirurgien met le malade en état de guérir, c'est à la vérité le médecin doublé de son confrère hydropathe qui seul reste capable d'assurer la guérison vraie de la maladie causale, et de s'opposer à la récidive des calculs urinaires.

### Les calculs bilatéraux des reins. Indications opératoires.

Par le professeur ANDRÉ (de Nancy).

La lithiase bilatérale constitue une affection grave, parce que les malades viennent le plus souvent trop tard, alors qu'ils ont les reins infectés et les urines troubles depuis plusieurs années.

Dans ces conditions, ils ont souvent des fonctions rénales très altérées et l'urée sanguine élevée, ce qui rend l'opération grave.

Les questions qui se posent sont les suivantes : Faut-il opérer? et, si l'on opère, quel rein faut-il opérer le premier? et quelle opération faire?

Il est difficile de donner des indications générales, et chaque cas doit être étudié séparément. Il sera souvent utile de faire un traitement préparatoire, régime, cathétérisme des uretères, lavages des bassinets qui feront baisser la constante et permettront d'opérer dans les meilleures conditions

On opérera d'abord le côté où les accidents sont les plus pressants ou, s'il n'y a pas d'accidents urgents, le rein le meilleur, et si possible par l'opération la moins grave : la pyélotomie. Mais, bien souvent, les circonstances nécessiteront la néphrectomie.

### Les opérations conservatrices dans la lithiase rénale. Indications et technique. Utilité de la pyélographie.

Par le Dr PAPIN.

La néphrectomie ne doit être autorisée qu'en l'absence de lésion du rein opposé. Cette condition essentielle sera prouvée par l'étude du fonctionnement à l'aide du cathétérisme.

Dans deux cas on peut être amené à pratiquer la néphrectomie :

1° *Par nécessité*, soit qu'il s'agisse de lésions très graves, voire dangereuses à laisser sur place (gros calcul, atrophie, hydronéphrose ou pyonéphrose), soit qu'on ait la main forcée au cours d'une intervention.

2° *Par raison*, quand le bassinet est tout à fait sclérosé,

Avant de décider l'opération conservatrice, il est nécessaire de connaître l'état des deux reins :

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

*a.* Du rein opposé (par la radiographie), et par un examen fonctionnel après cathétérisme ;

*b.* Du rein malade par radiographie, pyélographie, pneumo-pyélographie ou urosélectan.

La pyélotomie sera toujours l'opération conservatrice à préférer quand les conditions le permettront.

L'auteur emploie la *voie inférieure d'accès* qui demeure bonne dans les cas d'extériorisation difficile.

Quand le bassinet est enfoui, la néphrectomie s'impose, soit classique, soit limitée (incision au niveau du calcul).

Enfin, dans les cas de calculs volumineux, il faut combiner une incision rénale avec la pyélotomie.

L'auteur décrit deux procédés d'incision combinée.

Pour 64 cas opératoires avec conservation, l'auteur n'a perdu que quatre malades : trois suppurations anciennes, une seule hémorragie.

### La lithiase urinaire chez l'enfant.

Par le professeur P. Merklen.

Maladie plus fréquente au cours de la première année. Mais, après la quatrième année, on doit distinguer deux états différents :

*a.* La lithiase urique et oxalique ;

*b.* La lithiase phosphatique.

L'origine de ces états est difficile à préciser. On incrimine le terrain arthritique, le trouble du métabolisme des substances azotées, la concentration des urines dans les lithiases urique et oxalique. Les conditions créant la lithiase phosphatique sont encore plus obscures : troubles passagers de la nutrition, boissons alcalines.

L'auteur souligne trois points importants :

*a.* La fréquence chez les garçons ;

*b.* Le rôle de l'hérédité (37 fois sur 44 cas) (Monsseaux);

*c.* Les rapports avec quelques maladies (gastro-entérite par exemple).

Le diagnostic est le plus souvent délicat. Chez les nourrissons, les signes sont réduits au minimum. Au cours de la première et seconde enfance, on doit distinguer deux cas :

1° *Migration des calculs.* — Crise de coliques souvent fruste. L'importance des signes digestifs (vomissements) égare souvent le médecin.

2° *Calculs à demeure :*

*a.* Calculs siégeant dans le bassinet ou les calices : Dans ce cas les douleurs, les hématuries ou les troubles de la miction sont les seuls signes révélateurs. Les rayons X, la pyélographie, l'urosélectan ou l'abrodil affirment le diagnostic ;

*b.* Calculs siégeant dans la vessie : cette calculose vésicale est primitive dans ses manifestations. Cliniquement, on doit opposer les calculs vésicaux latents aux calculs diagnosticables. Ces derniers réalisent un syndrome cystique, rarement une hématurie terminale. Le toucher rectal, la radiographie, la cystoscopie sont les procédés de contrôle utilisables. Le pronostic semble allégé par la rareté des infections secondaires, mais la menace de récidives l'assombrit et le régime s'impose avant tout.

# ÉCHOS

## Aspect médico-social de l'auto-Camping-Club de France.

Le IIe Salon de l'Auto-Camping-Club de France vient de tenir ses assises à Toulouse, dans le parc de la Chambre de commerce.

Pendant ces assises, il a été fait, par cinq médecins, des conférences sur l'Hygiène et le Camping, l'Altitude et le Camping, le Climatothérapie et le Camping, les Camps thermaux, les colonies thermales et climatiques, etc.

Présidées par le Dr Chary, les manifestations de l'Auto-Camping-Club de France ont eu pour but de montrer combien il est possible de donner à toutes les classes de la société le bénéfice de l'air, du soleil, des hautes et moyennes altitudes, à tous ceux qui savent rompre avec la routine et se dégager des habitudes acquises. Tentes canadiennes, tentes marabout, tentes scouts, matériel de campement, roulottes-remorques, etc., que de choses qui non seulement tentent notre imagination, mais encore permettent de voir le robinsonisme sous l'angle d'une réalisation confortable

Le Dr Molinéry, invité par le Comité directeur de l'Auto-Camping-Club de France. a développé combien les camps thermaux et climatiques, les colonies thermales et climatiques avaient à bénéficier de l'initiative de l'Auto-Camping-Club. Il y a en effet, dit l'animateur des temps nouveaux, plus de 400 000 enfants sans vacances, comme l'a indiqué notre ami Dequidt dans un récent article. Mais comme il ne faut pas compter sur l'Etat pour donner une subvention cependant nécessaire, il faut donc s'adresser à la générosité privée. L'enfant à l'air, au soleil, aux eaux minérales, c'est un dispensaire fermé par camp thermal ouvert. Or, il est prouvé que les camps thermaux, comme il a été par ailleurs démontré, peuvent arriver à se suffire presque à eux-mêmes, en y adjoiguant la création de colonies-jardins. Celles-ci développeront l'habileté manuelle, la force physique, l'esprit de réflexion et d'initiative des enfants, et puis, qui sait, favoriseront « l'appel à la terre »

Nous avions donc quelques raisons d'écrire que le IIe Salon de l'Auto-Camping-Club de France,. dans sa session toulousaine, avait eu véritablement un aspect médico-social.

PIERRE DE REVEILHE

## Contre les stupéfiants.

On annonce la création d'un comité national de défense contre les stupéfiants, sous la présidence d'honneur de M. Richemond P. Hobson, président de la *World narcotic défense association* et sous la présidence de M. Justin-Godart, ancien ministre de l'Hygiène. Le secrétaire général est le docteur Dequidt. inspecteur général au ministère de l'Intérieur.

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 7 juillet 1931.*

**La propriété scientifique.** — *Discussion.* — M. FOURNEAU combat le rapport de Mme Curie sur la question de la propriété scientifique. Il apporte un contre-projet qui sera discuté ultérieurement.

**La pléthore médicale.** — M. BALTHAZARD dépose son rapport sur cette question :

« La Commission que vous avez nommée à la suite de la communication de notre collègue, M. Sergent, dit-il, a tout d'abord constaté la rigoureuse exactitude des faits signalés.

« Examinant les statistiques publiées par le doyen de la Faculté de médecine de Paris, elle s'est rendu compte que l'encombrement de la profession médicale en France tient pour une part importante à la facilité avec laquelle on autorise les étrangers à postuler le diplôme d'Etat de docteur en médecine.

« La Commission vous propose donc d'approuver pleinement la proposition de loi Armbruster, déjà votée en première lecture par le Sénat. Tout étranger désireux d'exercer la médecine en France devra satisfaire aux mêmes conditions que les Français : posséder le baccalauréat français, acquérir la naturalisation avec les charges militaires qu'elle comporte.

« Il a semblé cependant qu'il importait de conserver un avantage aux Roumains et aux Mauriciens « en vertu des coutumes traditionnelles établies entre la France et la Roumanie depuis plus d'un demi-siècle », ainsi que le dit le nouveau texte présenté à la deuxième lecture devant le Sénat, par le rapporteur, M. le Dr Dentu. Mais, contrairement aux dispositions proposées, votre Commission estime que c'est à la fin des études et non au début que devrait être faite la sélection des étudiants admis à postuler le diplôme d'Etat. La dispense du baccalauréat français et de la naturalisation apparaîtrait ainsi comme une récompense basée uniquement sur la valeur des études et non comme une faveur plus ou moins justifiée.

« La Commission vous propose donc le vœu suivant :

« L'Académie de médecine, convaincue des dangers que l'encombrement ferait courir à la profession médicale, demande au Parlement de voter rapidement les dispositions de la proposition de loi Armbruster. Mais, pour maintenir intactes les bonnes relations médicales avec la Roumanie, l'Académie de médecine émet le vœu que chaque année, parmi les étudiants roumains ayant poursuivi leurs examens en France, il en soit désigné un certain nombre à qui serait accordé le diplôme d'Etat, sans qu'ils aient à satisfaire aux conditions de la loi Armbruster (leur nombre ne devrait pas dépasser quinze par an pour l'ensemble des Facultés françaises). »

Après une courte discussion à laquelle prennent part MM. Léon Bernard, Netter et Sergent, ce vœu est adopté.

**Le vaccin de Friedmann.** — M. Léon Bernard rapporte à l'Académie un manifeste qui vient d'être publié par le Comité central allemand de lutte contre la tuberculose, manifeste signé par les notoriétés de la phtisiologie allemande, où non seulement il est fait justice des imputations calomnieuses lancées à l'endroit de ces hautes personnalités par certains tenants du vaccin de Friedmann, mais où sont rappelées les conclusions de tous les travaux expérimentaux et cliniques qui ont démontré l'inefficacité préventive et curative de ce produit.

**Vaccination BCG et mortalité infantile dans l'arrondissement de Thann** (1927-1930). — M. KERN — M. Léon Bernard présente une note de M. Kern (de Thann) montrant les résultats très favorables obtenus sur la mortalité dans un arrondissement du Bas-Rhin à la suite de la pratique étendue de la vaccination par le BCG.

**Les pyréthrines en médecine humaine, en médecine vétérinaire et en hygiène.** — M. J. CHEVALIER montre qu'en raison de leur activité contre les divers parasites intestinaux et de leur complète innocuité pour les malades, les indications de l'emploi des pyréthrines s'étendent tant en médecine humaine qu'en médecine vétérinaire. Les résultats sont surtout frappants dans l'anémie vermineuse du cheval et la bronchite vermineuse des bovins.

Il recommande l'emploi externe des solutions de pyréthrines dans le traitement des gales et toutes autres affections cutanées parasitaires d'origine animale.

Il signale l'utilisation d'émulsions aqueuses de pyréthrines en pulvérisation pour la désinsectisation (puces, poux, punaises, cafards) des habitations, locaux agricoles, navires.

**Le sauvetage individuel de l'équipage d'un sous-marin coulé.** — M. GUGLIELMINETTI présente une note sur le sauvetage de l'équipage d'un sous-marin coulé, par l'emploi d'un sas ou d'une cloche à air et des appareils respiratoires, comme ceux employés pour le sauvetage dans les mines et à la construction desquels il avait contribué par ses études sur les inhalations d'oxygène pendant treize jours au sommet du Mont Blanc. Un inhalateur d'oxygène présenté en 1922 par M. Ch. Richet à l'Académie a permis, depuis, aux aviateurs de braver les dangers des grandes altitudes. En y ajoutant un absorbant de l'acide carbonique exhalé par la respiration, cet appareil permet de respirer pendant deux heures dans un milieu irrespirable. On a construit dernièrement un peu partout des appareils semblables pour plonger.

L'auteur conseille, en cas de catastrophe, de profiter des sas et de remonter sans appareil en surface. L'azote respiré sous pression dans le sas devient par la décompression la cause d'embolies gazeuses, de paralysies et même de la mort. Les pêcheurs de perles, que l'auteur observa aux Indes, plongent et remontent rapidement sans appareil et sans ces accidents, parce qu'ils ne respirent pas sous pression. M. Guglielminetti propose de remplacer l'azote dans l'air du sas par de l'oxygène à 100 p. 100, dont les bulles ne sont jamais dangereuses, et qu'on peut respirer sans inconvénient même sous pression, mais pendant quelques minutes seulement, dix minutes à 50 mètres, huit minutes à 80 mètres de profondeur, juste le temps pour traverser le sas.

La remontée se fera en peu de secondes grâce au flotteur qui entraîne l'homme en surface et le maintient jusqu'à l'arrivée du secours.

**Le BCG.** — M. LESNÉ, au nom de la Commission du BCG, dépose les conclusions suivantes :

« La Commission poursuit son enquête : sans aborder aujourd'hui la question de l'efficacité préventive, elle soumet à l'Académie, relativement à l'innocuité du BCG, les conclusions suivantes :

1° Il n'est pas d'exemple probant que le BCG intro-

# SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

duit dans l'organisme infantile par voie buccale ou sous-cutanée s'y soit transformé et ait déterminé des lésions tuberculeuses virulentes ;

« 2° Dans la grande majorité des cas, le BCG ingéré par le nouveau-né est bien toléré, il ne produit aucun trouble et n'entrave en rien le développement de l'enfant. Il arrive seulement qu'à la suite de la vaccination on observe des incidents transitoires et sans gravité dont le plus commun est une polyadénite. Ces incidents sont du même ordre que ceux constatés à la suite de toutes les vaccinations ;

« 3° La Commission rappelle que la méthode de vaccination du nouveau-né en milieu bacillifère comporte l'indication de le soustraire à toutes les contaminations tuberculeuses dès la naissance et pendant six semaines au moins. »

Ces conclusions seront discutées dans quinze jours.

**Election de deux correspondants nationaux dans la troisième division** (Hygiène).—Classement des candidats: en première ligne, M. Loir (du Havre) et M. Raynaud (d'Alger) ; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Blanc (d'Athènes), Parisot (de Nancy) et Violle (de Marseille).

MM. Loir et Raynaud sont élus.

**Election d'un correspondant étranger dans la troisième division** (Hygiène). — Classement des candidats : en première ligne, M. Alfaro (de Buenos-Aires) ; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Doerr (de Bâle), Gengou (de Bruxelles), Gorini (de Milan) et Jorce (de Lisbonne).

M. Alfaro est élu.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

*Séance du 3 juillet 1931.*

**A propos d'une observation de splénomégalie hémolytique latente.** — MM. ETIENNE CHABROL, M. MAXIMIN, A. BUSSON présentent une petite fille de quatre ans qui, sous les apparences d'une santé parfaite, a une légère splénomégalie et une fragilité très marquée de ses globules rouges au contact des solutions hypochlorurées. Cette jeune malade n'a jamais été ictérique ou anémique ; son affection a été découverte fortuitement à l'occasion de l'ictère chronique splénomégalique dont sa mère est atteinte. Le chiffre des pigments biliaires que renferme son sang ne dépasse point 5 centigrammes de bilirubine par litre, le taux de la cholémie familiale. La diazo-réaction d'Ehrlich est directement positive sur le sérum sanguin lorsqu'on a recours au procédé de la diazo-réaction limite. Les auteurs font remarquer qu'il est exceptionnel d'observer dans les ictères congénitaux un pareil désaccord entre le chiffre de la bilirubine sanguine et le degré de la fragilité globulaire. En s'appuyant sur une statistique personnelle de 40 observations d'ictères familiaux, ils soulignent une fois de plus que dans les processus hémolytiques, l'épreuve de Hamburger révèle un phénomène accessoire, contingent, insuffisant pour expliquer à lui seul l'ictère et la déglobulisation.

**Tétanie et myxœdème post-opératoires.** — MM. FAURE-BEAULIEU et BOURGUIGNON.

**Néphrite hypertensive suivie depuis trois ans.** — M. DE GENNES. — Dans une première phase, il s'agit de paroxysmes hypertentifs au cours desquels on observait une élévation de l'azotémie, une élévation du coefficient d'Ambard, une diminution dans l'élimination de la phénolphtaléine. Par la suite, s'installa une hypertension permanente avec insuffisance rénale chronique.

**Adénopathies suppurées dans un cas de lymphogranulomatose maligne.** — M. R. WEISSMANN-NETTER.

**Deux cas nouveaux de concrétions calcaires sous-cutanées sans sclérodermie.** — MM. M.-P. WEIL et R. WEISSMANN-NETTER.

**Un cas de causalgie avec syndrome de Raynaud et érythromélalgie post-traumatique.** — MM. CH. FLANDIN, POUMEAU-DELILLE et A. VAN BOGAERT rapportent l'observation détaillée d'une malade présentant à la suite d'un traumatisme un syndrome causalgique bien caractéristique s'accompagnant de crises syncopales suivies de crises hyperémiques très douloureuses.

Les épreuves vasculaires par le bain chaud et froid n'ont pas provoqué de crises douloureuses. Les auteurs insistent sur les rapports qui unissent le syndrome causalgique et les crises vasculaires.

**Communication entre l'aorte et l'artère pulmonaire par rupture d'anévrysme; longue survie.** — MM. A. CLERC, M. BASCOURRET et R. FROYEZ présentent des pièces provenant d'une femme de quarante-deux ans, ancienne syphilitique, laquelle, au cours d'une broncho-pneumonie, fut prise de cyanose et de dyspnée, auxquelles fit suite une insuffisance chronique du cœur droit, avec hydropisie des séreuses, et qui amena la mort quatre ans après, par asystolie progressive. La radiographie avait montré l'existence d'une poche pulsatile développée le long du bord interne de l'aorte ascendante. L'auscultation faisait entendre, outre un souffle systolique râpeux à la base, un murmure superficiel à timbre piaulant coexistant avec une pulsatilité des veines jugulaires. Le diagnostic porté fut celui d'ectasie aortique avec compression des gros vaisseaux veineux.

L'autopsie montre l'existence d'un orifice à bords lisses taillé à l'emporte-pièce, faisant communiquer un anévrysme siégeant sur le bord interne d'une aorte, athéromateuse et indurée avec l'artère pulmonaire dont la paroi n'offrait aucune irrégularité et avait conservé toute sa souplesse.

Les auteurs insistent sur la longue survie et sur les difficultés du diagnostic en pareil cas.

**Traitement des migraines par le tartrate d'ergotamine.** — M. A. TZANCK, après quatre années d'expérience portant sur 97 cas traités, rapporte ses résultats.

Quarante-deux cas seulement peuvent être considérés comme des *migraines vraies* (absence de douleurs en dehors des crises, phénomènes gastriques, périodicité et influence uette des règles chez la femme, absence de cause déterminante reconnue, échec constant de toute thérapeutique).

Cinquante-quatre cas concernent des *états migraineux* (avec céphalée dans l'intervalle des crises, influence provocatrice de certains aliments, chocolat, champagne, efficacité momentanée de thérapeutiques diverses).

Les améliorations les plus durables ont été obtenues dans les états migraineux (14 cas presque complètement guéris).

Dans les migranes vraies, on note la possibilité d'en-

## SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

rayer une crise déjà commencée, et l'espacement des crises. Cependant, il existe des phénomènes d'accoutumance au médicament, d'où la nécessité d'augmenter les doses.

Malgré le grand nombre de malades traités, et les doses parfois fortes et prolongées, l'auteur n'a pas observé d'accident.

Cette innocuité du tartrate d'ergotamine employé avec prudence l'incite à reprendre le médicament dans nombre de cas où il y a lieu de soupçonner l'hypertension du grand sympathique.

Outre le goitre exophtalmique, les tachycardies paroxystiques et le prurigo, l'auteur l'a employé dans certains cas où il pouvait soupçonner l'hypertension de la circulation de retour (angine de poitrine, poussées hypertensives), en comptant mettre en jeu l'action de ce médicament en quelque sorte antagoniste de l'adrénaline.

**Amylose, néphroses et néphrites.** — M. Abrami, Mme Bertrand-Fontaine, MM. Lichtwitz et Laudat concluent de leurs recherches que :

1° Les distinctions récemment proposées pour caractériser les différents aspects anatomo-cliniques de l'amylose rénale, en amylose pure, néphrose et néphrite, n'ont aucune raison d'être. Elles tendraient seulement à faire dissocier en trois affections une même maladie, considérée à des stades successifs de son évolution.

2° L'étude de l'amylose suffit à établir que les théories pathogéniques concernant l'albuminurie et les œdèmes, émises à propos des néphroses lipoïdiques, sont radicalement inacceptables. Rien n'autorise, à l'heure actuelle, à admettre que les facteurs extrarénaux jouent un rôle dans le déterminisme de ces symptômes ; qu'il s'agisse de néphrites ou de néphroses, ils sont la conséquence directe des troubles fonctionnels du rein.

**Formes cliniques et évolutives de l'amylose rénale.** — M. Abrami, Mme Bertrand-Fontaine, MM. Lichtwitz et Laudat, après avoir étudié 16 cas d'amylose rénale, proposent quelques modifications aux données classiques :

1° Le tableau clinique n'est pas toujours celui d'une albuminurie massive avec œdèmes volumineux et irréductibles.

La forme albuminurique simple est fréquente ; quand les œdèmes existent, ils sont souvent légers et fugaces.

2° La formule urinaire n'est pas toujours la « formule morte » classique. La cylindrurie granuleuse, de même que la leucocyturie et l'hématurie microscopique, sont loin d'être exceptionnelles.

De même, le syndrome azotémique se rencontre souvent : soit simple élévation de la constante d'Ambard, soit azotémie véritable, survenant au cours de l'évolution d'une sclérose amyloïde chronique, soit même azotémie dominant d'emblée le tableau clinique.

3° Enfin, l'amylose rénale n'est pas une affection lentement et inexorablement progressive. Aussi longtemps que la sclérose et les lésions tubulaires accentuées ne sont pas installées, les signes observés sont variables, transitoires, susceptibles même de guérir soit spontanément, soit sous l'influence de la cure chirurgicale des suppurations qui ont provoqué l'amylose.

**Modifications de l'équilibre protido-lipidique du sérum au cours de l'amylose rénale.** — MM. Abrami, Mme Bertrand-Fontaine, MM. Lichtwitz et Laudat apportent le résultat des dosages des protides et des lipides du sérum effectués non seulement dans de nombreux cas d'amylose rénale, mais encore d'amylose viscérale sans manifestation rénale, et même de suppurations prolongées ouvertes à l'extérieur, sans amylose.

Au point de vue protides, on note dans tous les cas de l'hyposérinémie avec inversion du rapport sérine-globuline, et ceci quel que soit le tableau clinique : qu'on ait affaire à une forme albuminurique simple, à des œdèmes discrets, à des œdèmes étendus, à une amylose hépato-splénique sans participation rénale, ou encore à une suppuration simple sans amylose.

Quant à la lipémie, elle est très variable ; si elle est généralement abaissée chez les suppurants simples et dans les cas d'amylose hépato-splénique, on trouve dans les cas d'amylose rénale confirmée soit l'hypolipidémie, soit l'hyperlipidémie, soit le plus souvent une lipidémie sensiblement normale.

Ainsi caractérisée par une hyposérinémie constante avec une lipémie variable, la formule humorale de l'amylose n'apporte aucune précision d'ordre diagnostique ou pronostique. Elle est, par contre, d'une portée générale considérable, car elle montre à l'évidence qu'il n'y a aucun rapport entre l'état humoral et les manifestations cliniques.

**Un cas de poly-arthrite chronique amélioré par les sels d'or, la vaccination et l'opothérapie thyroïdienne.** — M. F. Coste.

**Polynévrite suraiguë à forme bulbaire consécutive à une rougeole.** — MM. Darleguy et Baixe (Toulon) relatent un cas de syndrome polynévritique suraigu survenu au treizième jour d'une rougeole normale. La guérison fut obtenue à l'aide d'une médication intensive par le sérum et le sang total de convalescent de maladie de Heine-Medin.

**Un cas de kala-azar méditerranéen chez l'adulte observé à Toulon.** — MM. Plazy, Marcandier et Germain (Toulon) relatent ce cas suivi d'autopsie, dans lequel on observa à la fin de la maladie un début de transformation en cirrhose atrophique.

**Diabète rénal et déséquilibre neuro-végétatif.** — M. le Dr Duliscorret (présenté par M. Julien Huber) apporte l'observation d'un malade atteint d'un diabète rénal, sans hyperglycémie, avec hypotension artérielle et signes d'insuffisance hépatique. L'auteur envisage les relations de ce diabète avec l'hypotension à la faveur de troubles neuro-végétatifs ou parathyroïdiens.

**Angiomatose hémorragique familiale.** — MM. Ch. Aubertin et Robert Lévy rapportent l'observation de deux sœurs, sujettes aux épistaxis depuis l'enfance, qui présentent à la face, aux lèvres, sur la langue, la face interne des joues, le voile du palais, de nombreux petits angiomes saillants qui saignent facilement. Les anomalies sanguines sont légères : temps de coagulation sensiblement augmenté, plaquettes en nombre normal. Les deux seules anomalies nettes sont d'une part irrétractibilité du caillot et d'autre part un signe du lacet constamment positif.

Ces signes indiquent que dans le syndrome la tare endothéliale prime la tare plasmatique.

D'ailleurs, l'une des malades a fait dans le service une fièvre typhoïde sévère sans aucun accident hémorragique.

# SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Le caractère familial de ce syndrome que l'on retrouve chez la mère et chez une troisième sœur, ainsi que les stigmates vasculaires, montrent qu'il s'agit, vraisemblablement, d'une affection autonome.

MAURICE BARIÉTY.

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

*Séance du 20 juin 1931.*

**Anaphylaxie passive. Essais de transmission des anticorps anaphylactiques de l'homme au lapin.** — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC, Mme A. HUGO et M. PAUL GIROUD se sont servis de sérums d'hommes dont la sensibilisation était démontrée par les phénomènes cliniques, une cuti-réaction positive et une épreuve de Prausnitz-Küstner positive. L'injection de ces sérums aux lapins était faite par voie sous-cutanée, intramusculaire, péritonéale ou intraveineuse. L'injection de la protéine à laquelle l'homme était sensibilisé était faite par voie intraveineuse vingt-quatre heures, une demi-heure ou un quart d'heure après l'injection du sérum. Dans aucun de ces 31 cas les auteurs n'ont obtenu de chute de tension artérielle caractéristique du choc anaphylactique. En se mettant à l'abri de causes d'erreur, il ne semble pas possible de réaliser la transmission des anticorps anaphylactiques de l'homme au lapin en injectant à l'animal le sérum d'un homme sensiblisé et quelque temps après l'antigène sensibilisant.

**Anaphylaxie passive. Injections au lapin du sérum d'homme sensibilisé mélangé à la protéine sensibilisante.** — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC, Mme A. HUGO et M. PAUL GIROUD se sont demandé si l'anaphylaxie passive était réalisable en injectant dans les veines d'un lapin neuf le sérum d'un homme sensibilisé mélangé à la protéine sensibilisante. Sérum et protéine ont été mis en contact *in vitro* pendant un temps déterminé. Dans aucune des quinze expériences effectués, ils n'ont obtenu la chute de tension artérielle caractéristique du choc anaphylactique. L'anaphylaxie passive ne semble donc pas réalisable en injectant au lapin le sérum d'un homme sensibilisé mélangé en parties égales avec la protéine sensibilisante.

**I. Sur l'infection charbonneuse du cobaye provoquée par l'inoculation intranasale. — II. Sur le mécanisme de l'infection charbonneuse d'origine pulmonaire.** — MM. A. BOQUET et A. SAENZ démontrent que l'infection charbonneuse peut être produite chez le cobaye par l'injection intranasale de bactéridies en dehors de toute lésion de la peau et des muqueuses. Ils établissent également que l'infection a pour point de départ le poumon, d'où les germes sont disséminés dans l'organisme tout entier (bacillémie et septicémie), soit directement par la voie sanguine, soit indirectement par l'intermédiaire des voies lymphatiques.

**Sur les éléments filtrables du bacille bilié de Calmette et Guérin.** — MM. L. NÈGRE et J. VALTIS ont traité par des injections sous-cutanées d'extrait acétonique de bacilles de Koch des cobayes inoculés sous la peau avec des filtrats sur bougie Chamberland L³ de cultures de BGC et ont pu mettre ainsi en évidence l'existence chez ce germe d'un ultra-virus qui se distingue des bacilles tuberculeux par l'absence de tout pouvoir pathogène :

Alors que chez les cobayes inoculés avec des filtrats de bacilles virulents ils ont observé sous l'influence des injections d'extrait acétonique de bacilles de Koch une reprise de la virulence des bacilles acido-résistants qui en dérivent, ils n'ont constaté aucun fait semblable chez les cobayes ayant reçu par la voie sous-cutanée du filtrat de BCG et traités de la même façon : les bacilles ont disparu au troisième passage.

**Les éléments filtrables du BCG.** — M. T. DE SANCTIS MONALDI a injecté des filtrats de jeunes cultures de BCG sur milieu de Sauton, soit dans le rachis, soit dans les ganglions cervicaux du cobaye. Il a ainsi inoculé par cette dernière voie le filtrat de pus d'abcès provoqués par le BCG. De ses expériences il ressort :

1° Qu'il existe des éléments filtrables dans les cultures de BCG (12,5 p. 100 environ de cas positifs), qui d'ailleurs sont dépourvus de toute virulence, comme le BCG lui-même.

2° Que l'apparition des bacilles issus de ces éléments filtrables est très précoce, car on peut les constater dès la quinzième heure après l'inoculation intraganglionnaire de filtrat.

3° Que les cultures de BCG sur le milieu de Sauton, âgées de sept jours, se montrent plus riches en éléments filtrables que les produits pathologiques (pus) obtenus par injection de fortes doses de BCG.

**Virulence et neurotropisme du virus vaccinal.** — MM. C. LEVADITI, P. LÉPINE et Mlle R. SCHŒN ont étudié comparativement le neuro-vaccin, entretenu depuis dix ans par passages ininterrompus dans l'encéphale du lapin, et une souche vaccinale, cultivée sur génisse, n'ayant jamais été passée sur le lapin. Les passages répétés du virus vaccinal par inoculation intracérébrale pratiqués sur le lapin, confèrent à ce virus un tropisme névraxique et une adaptation hautement marquée pour cette espèce animale. Par contre, une souche de virus vaccinal n'ayant jamais subi de « lapinisation », ne paraît offrir aucune affinité pour le névraxe du lapin et ne semble plus acquérir facilement un neurotropisme électif pour cet animal. Il est intéressant de remarquer, cependant, qu'une telle souche non lapinisée est virulente pour le singe en inoculation intracérébrale.

*Séance du 27 juin 1931.*

**Hyperpnée volontaire dans la tétanie latente. Evolution de la chronaxie.** — M. GEORGES BOURGUIGNON étudiant deux sujets en état de tétanie latente, montre que l'hyperpnée volontaire délenche la crise de tétanie, avec beaucoup plus de facilité chez ces sujets que chez des sujets normaux. Chez les sujets en état de tétanie latente, on trouve toujours quelques muscles dont la chronaxie est augmentée même à l'état de repos ; quelquefois la chronaxie est diminuée ; ces variations de la chronaxie peuvent être le seul signe de tétanie latente.

La chronaxie augmente dès les premières minutes de l'hyperpnée volontaire et peut atteindre très rapidement six à huit fois la valeur initiale. A l'arrêt de l'hyperpnée, la crise cesse brusquement et la chronaxie tombe même au-dessous de sa valeur initiale ; elle reprend sa valeur initiale après quelques oscillations. L'évolution de la chronaxie pendant la crise déclenchée par l'hyperpnée est la même que pendant les crises de tétanie spontanée.

*(A suivre).* F.-P. MERKLEN.

# NOUVELLES

**Médecin des asiles de la Seine.** — Le décret suivant vient de paraître au *Journal officiel* :

ARTICLE PREMIER. — L'article 7 du décret du 25 novembre 1924, modifié par le décret du 18 mai 1926, est à nouveau modifié comme suit :

Le jury du concours de médecin en chef des asiles de la Seine est composé comme suit :

Un membre de l'inspection générale des services administratifs, médecin, nommé par le ministre de la Santé publique, président ;

Quatre médecins en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine, parmi lesquels pourront figurer le professeur de clinique des maladies mentales faisant fonctions de médecin en chef de l'asile clinique, un médecin en chef appartenant soit à la maison nationale de Saint-Maurice, soit aux quartiers d'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière ;

Deux médecins directeurs ou médecins-chefs de service du cadre des asiles publics d'aliénés en fonctions dans d'autres départements ;

Deux suppléants dont l'un sera pris parmi les médecins directeurs et les médecins en chef des asiles de la Seine, l'autre parmi les médecins directeurs et médecins chefs de service du cadre en fonctions dans d'autres départements que celui de la Seine.

Les juges ne pourront être choisis que parmi... (le reste de l'article sans changement).

ART. 2. — Dans le cas où, par suite de l'empêchement d'un trop grand nombre de médecins tirés au sort, les listes de six noms de titulaires et de deux noms de suppléants seraient insuffisantes, il pourra être tiré au sort, par les soins de la commission prévue à l'article 6, un certain nombre de noms nouveaux en nombre suffisant pour assurer la constitution du jury parmi les médecins qui pouvaient prendre part au tirage initial.

Sans toutefois éliminés de ce second tirage au sort. les noms de tous les médecins sortis au premier tirage,

**L'hospitalisation et les assurances sociales.** — M. Victor Schleiter ayant demandé à M. le ministre du Travail si son administration partage la manière de voir du ministre de la Santé publique, qui fait l'objet de la dépêche du 27 mars dernier, adressée aux préfets, par laquelle il expose le point de vue de la section permanente du Conseill supérieur de l'assistance publique quant aux rapports qui doivent exister entre les Commissions administratives des hospices et les caisses d'assurances sociales, ajoute que ce point de vue, qui correspond à celui des caisses d'assurances sociales, se résume ainsi : *a*) en dehors de la convention à conclure entre les caisses d'assurances et les établissements hospitaliers, il ne peut y avoir d'autres conventions, par exemple entre les caisses et les médecins des établissements hospitaliers ; *b*) les malades hospitalisés au titre des assurances sociales ne peuvent être soignés dans les services normaux des hôpitaux que par les médecins attachés à ces établissements ; *c*) les honoraires auxquels les médecins peuvent avoir droit sont décomptés forfaitairement ; *d*) le paiement de ces honoraires doit être fait par les caisses à l'administration hospitalière ; *e*) aucune entente directe entre les hospitalisés et les médecins d'hôpitaux ne saurait être admise, a reçu la réponse suivante :

« Sur la demande du ministre du Travail, la section permanente du Conseil supérieur de l'assistance publique a été appelée à délibérer à nouveau sur la question posée par l'honorable député. Le régime à appliquer aux assurés sociaux dans les hôpitaux va faire très prochainement l'objet d'un examen en commun par les départements du Travail et de la Santé publique. »

**Bourses créées par M. le Dr Roussel en faveur des familles nombreuses du Corps médical.** — La Commission chargée de répartir les dix bourses de 10 000 francs mises à la disposition de l'Association générale des médecins de France par le Dr Roussel en faveur des familles nombreuses du Corps médical s'est réunie le 29 juin et a examiné 76 demandes. Des bourses ont été attribuées à 6 confrères pères de treize, onze, dix, huit et sept enfants, à un confrère père de six enfants, très malade et ne pouvant plus exercer et à 3 veuves de médecins dont l'une est restée veuve avec cinq enfants âgés de moins de cinq ans, et vit chez son beau-père également médecin, ayant lui-même à sa charge cinq autres enfants ; l'autre a perdu son mari l'an dernier après une longue et douloureuse maladie, ayant à élever six enfants de moins de dix ans avec un revenu des plus modeste ; la troisième enfin, restée veuve en 1924 avec sept enfants est infirmière visiteuse ; elle est sans fortune et, actuellement atteinte d'une affection chronique, elle ne peut plus exercer sa fonction.

La Commission était composée de Mme Jayle, de la Société de femmes et enfants de médecins, M. Lanoye, chef du bureau de la natalité au ministère de la Santé publique, M. le médecin général Geysen, représentant M. le médecin général Cadiot, empêché, MM. les Dr Bellencontre, Chapou, Darras, Thiéry, Bongrand, Vimont et Wateler, de l'Association générale des médecins de France, M. le Dr Cibrie, représentant la Confédération des Syndicats médicaux, et M. le Dr Carte, représentant M. le Dr Roussel.

**Le VIe Congrès international des accidents et des maladies du travail** aura lieu à Genève du 3 au 8 août 1931, sous la présidence de M. le professeur Julliard.

Les travaux sont répartis en deux sections dites section A (chirurgie) et section B (maladies).

*Sections A et B.* — 1° Les affections cutanées en relation avec le travail (accident et maladie) ; 2° influence de l'état antérieur dans les suites des accidents et maladies du travail.

*Section A.* — 3° Les résultats tardifs et « l'accoutumance » dans les lésions traumatiques du rachis ; 4° les traumatismes des vaisseaux sanguins (artérites et thrombo-phlébites)

*Section B.* — 5° Pathologie des ouvriers du ciment et des pierres artificielles ; 6° réceptivité de l'organisme aux substances toxiques utilisées dans l'industrie ; 7° fatigue.

Cotisations : Pour MM. les congressistes, 25 francs suisses ; pour famille, MM. les invités ou auditeurs ne désirant pas le livre des publications officielles, 10 francs suisses.

Le bulletin d'adhésion est à adresser au secrétaire général, M. le professeur Maurice De Laet, 66, rue de Livourne, Bruxelles.

**IIe Congrès international de pathologie comparée.** — Ce Congrès aura lieu à la Faculté de médecine de Paris.

## NOUVELLES *(Suite)*

du 14 au 18 octobre 1931 (au cours de l'Exposition coloniale), sous le haut patronage : de M. le Président de la République française, de MM. les membres du Gouvernement français, de M. le maréchal Lyautey et sous la présidence de M. le professeur Ch. Achard, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine.

*Vice-présidents* : M. le professeur Leclainche, membre de l'Académie des sciences ; M. le professeur Roussy, membre de l'Académie de médecine ; M. Dop, directeur de l'Institut international de lutte contre les maladies des plantes.

*Secrétaire général* : M. Ch. Crollet, 7, rue Gustave-Nadaud, Paris (XVI^e).

*Section de médecine humaine* : Président : M. Rathery, professeur de pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux de Paris.

Secrétaire : M. Louis Grollet.

*Section de médecine vétérinaire* : Président : M. le professeur Vallée, directeur du laboratoire national de recherches à Alfort, membre de l'Académie de médecine.

Secrétaire : M. le professeur Maignon (d'Alfort).

*Section de pathologie végétale* : Présidents : MM. Brocq-Rousseu, vétérinaire inspecteur général, et Foex, directeur de la station de pathologie végétale de Versailles.

Secrétaire : M. Dufrenoy, de la station de pathologie végétale de Versailles.

*Secrétaires administratifs* : MM. L. Lépinay et J. Risler,

*Trésorier* : M. Oliviero, 87, rue Denfert-Rochereau, Paris (V^e).

*Trésorier adjoint* : M. Dumatras.

Le Comité d'organisation est composé des membres du bureau et de MM. Arnaud, Bridre, Foveau de Courmelles, professeur L. Panisset, Roeland, Théobalt, Urbain.

*Ordre du jour du Congrès.* — Les brucelloses, humaine et animales. Le lait, comme agent pathologique. Les carences minérales. Les ultras-virus. Le cancer. Le psittacose. L'anaphylaxie. Les helminthiases (traitement).

*Extrait du règlement.* — But exclusivement scientifique. Etude des maladies communes à l'homme et aux animaux et des rapports pouvant exister entre les maladies des différentes espèces. Le Congrès s'occupera aussi de pathologie végétale et des relations possibles entre certaines maladies des plantes et celles des animaux.

Il comprend : des membres d'honneur, des membres actifs, des membres associés (membres de la famille des congressistes, admis aux séances, fêtes, réceptions, et profitant des avantages offerts aux congressistes).

Un Comité de dames sera constitué.

*Cotisation* : *Membres actifs* : 100 francs, donnant droit aux volumes des comptes rendus et aux différents imprimés. *Membres associés* : 50 francs.

Envoyer les adhésions au secrétaire général, 7, rue Gustave-Nadaud, Paris (XVI^e). Les cotisations au trésorier : 87, rue Denfert-Rochereau, Paris (V^e).

**La loi des assurances sociales et l'exercice de la médecine sur la frontière franco-belge.** — Les représentants officiels des médecins belges et français se sont réunis à Bruxelles le 5 juillet 1931, en vue d'étudier les modalités possibles d'application de la loi des assurances sociales françaises dans les régions frontières France-Belgique.

La Fédération médicale belge était représentée par MM. le D^r Kœttlitz, président de la Fédération médicale belge ; le professeur Gunzburg, secrétaire général de la Fédération médicale belge ; le D^r Penninckx, trésorier de la Fédération médicale belge ; le D^r Kaisin, représentant la province de Namur ; le D^r Burnotte, représentant la province de Luxembourg ; le D^r Férond, secrétaire du Collège des médecins de l'agglomération bruxelloise.

La Confédération des Syndicats médicaux français était représentée par MM. le professeur Vanverts, vice-président de la Confédération, représentant la région du Nord ; le D^r Giry, président du Syndicat médical de Meurthe-et-Moselle ; le D^r Hennecart, membre du Conseil de la Confédération, représentant le département des Ardennes ; le D^r Cibrie, secrétaire général de la Confédération des Syndicats médicaux français.

Les médecins français ont eu la surprise de se trouver en présence d'un texte de convention qui aurait été signé par M. le ministre des Affaires étrangères français le 23 août 1930, et présenté pour approbation à la Chambre des représentants de Belgique le 4 mars 1931 (n° 121) sous le titre : « Projet de loi approuvant la convention franco-belge relative aux assurances sociales, signée à Paris, le 23 août 1930 ».

Ils font observer de la façon la plus nette que ladite convention et le contrat-type annexé violent incontestablement l'esprit et la lettre de la loi française.

A l'effet de réaliser le fonctionnement complet et normal de la loi des assurances sociales française, en ce qui touche les régions frontières intéressées, les délégués ci-dessus nommés ont jeté les bases d'une collaboration médicale établie sur la confiance réciproque et devant donner tous apaisements et satisfactions, en particulier au point de vue du contrôle technique dévolu par la loi française aux Syndicats médicaux.

En outre, et pour maintenir le fonctionnement de la loi dans les règles de la stricte équité, les délégués médicaux susnommés estiment désirable l'établissement provisoire de tarifs de responsabilité différents de la part des Caisses suivant que les soins sont donnés en France ou en Belgique.

Les délégués médicaux français et belges suggèrent respectueusement à leurs gouvernements respectifs de les entendre officiellement, afin d'étudier les modifications qu'il est indispensable d'apporter au projet de convention franco-belge et qui seraient susceptibles de résoudre les difficultés de la médecine de frontière en matière de lois sociales.

**Règlement de l'agrégation des Facultés de médecine.** — L'arrêté ministériel suivant vient de paraître au *Journal officiel*.

Article premier. — L'article 23 de l'arrêté du 6 avril 1929 susvisé est remplacé par les dispositions suivantes :

« Si le nombre des candidats est suffisant, il est établi après la leçon orale, d'après les notes des deux premières épreuves, une liste d'admissibilité qui doit comprendre un nombre d'admissibles au moins égal au double du nombre des emplois mis au concours. »

## NOUVELLES *(Suite)*

ART. 2. — L'article 61 de l'arrêté du 6 avril 1929 susvisé, complété par l'arrêté du 15 février 1930, est modifié ainsi qu'il suit en ce qui concerne la composition des jurys du concours du second degré :

*Chirurgie générale.* — Neuf membres du jury.

*Faculté de Paris.* — Quatre membres choisis parmi les professeurs de clinique chirurgicale générale, de cliniques chirurgicales spéciales non pourvues d'une agrégation spéciale, d'anatomie médico-chirurgicale, de pathologie externe ou d'opérations et appareils.

*Facultés des départements.* — Cinq professeurs de clinique chirurgicale générale, de cliniques chirurgicales spéciales non pourvues d'une agrégation spéciale, de pathologie externe ou de médecine opératoire

ART. 3. — Les dispositions du premier paragraphe de l'article 43 de l'arrêté susvisé du 6 avril 1929 sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Les candidats reçus à la première épreuve de l'examen institué par l'arrêté du 14 mars 1924, avant la session ouverte en 1926 pour la deuxième épreuve, auront le droit de se présenter aux concours des deux premières sessions du second degré ouverts sous le présent régime pour pourvoir à des places de la Faculté pour laquelle ils sont candidats dans les sections auxquelles leur donne accès leur admission à la première épreuve. »

ART. 4. — Les dispositions du premier paragraphe de l'article 44 de l'arrêté susvisé du 6 avril 1929, modifié par l'arrêté du 18 juillet 1930, sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Sont dispensés des épreuves du premier degré et peuvent se présenter aux deux premiers concours du second degré qui s'ouvriront sous le présent régime...

« 1° Les admissibles aux concours de 1923 ou aux concours antérieurs. Sont considérés comme admissibles tous les candidats à l'agrégation qui auront ou auraient été classés par le nombre de points avant ou *ex-æquo* avec le dernier candidat déclaré admissible pour une Faculté quelconque ;

« 2° Pour les sections ouvertes aux catégories I médecine, J chirurgie, K obstétrique, les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux nommés au concours dans les villes de Faculté avant le 1er juillet 1929. »

**Voyages de la Caravane universitaire.** — La Caravane universitaire, ouverte aux médecins et à leurs familles, organise pour l'été prochain à un prix réduit et dans de bonnes conditions de confortable plusieurs croisières et autres voyages à l'Etranger (Spitzberg, Constantinople, Italie, Espagne, Portugal, etc.). L'ensemble des programmes est envoyé contre 1 franc par M. Roy, professeur au Collège de Gaillac (Tarn).

**Croisières de la Revue générale des sciences** (fondées par feu Louis Olivier), sous le haut patronage de MM. le général Alvin, commandant l'École polytechnique ; Aug. Bernard, professeur à la Sorbonne ; G. Bertrand, de l'Institut ; E.-L. Bouvier, de l'Institut ; duc de Broglie, de l'Institut ; Dr Charcot, explorateur ; E. Demenge, ingénieur civil ; Ch. Diehl, de l'Institut ; G. Doin, éditeur ; E. Dussaud, de l'Institut ; Ch.-Ed. Guillaume, correspondant de l'Institut ; L. Guillet, de l'Institut ; L. Hourticq, de l'Institut ; C. Jacob, professeur à la Sorbonne ; A. Lacroix, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences ; professeur Maurice Lœper, président de l'*Association de la Presse médicale française* ; L. Mangin, de l'Institut, directeur de la *Revue générale des sciences*, Dr Maurange, André Maurois, homme de lettres ; E. Picard, de l'Académie française, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences ; général Serrigny, commandant de corps d'armée, secrétaire supérieur de la Défense nationale.

**Croisière de vacances en Grèce par la Côte Dalmate,** du 16 au 29 septembre 1931, sous la haute direction de M. Charles Diehl, membre de l'Institut, professeur à la Sorbonne, conférencier de la Croisière sous les auspices de l'École française d'Athènes, à bord du paquebot de luxe *Reine-Marie* (17 500 tonnes) du Lloyd Yougoslave, spécialement affecté à la LVIIIe Croisière de la *Revue générale des sciences*, avec le concours du bureau officiel du tourisme yougoslave à Paris.

PROGRAMME. — *Mardi* 15 *septembre.* — Départ (facultatif) de Paris à 9 h. 10 à la gare de Lyon par wagon-lit direct, spécialement réservé pour les participants à la croisière.

*Mercredi* 16 *septembre.* — Arrivée à Fiume-Susak maritime vers 13 heures. Embarquement. Départ du *Reine-Marie* à 14 heures.

*Jeudi* 17 *septembre.* — Arrivée à Split (Spalato) vers 12 heures. Visite du Palais de Dioclétien. Départ dans la soirée.

*Vendredi* 18 *septembre.* — En mer. Le bateau longe la côte d'Albanie, dont les sommets dominent la mer de 2 000 mètres.

*Samedi* 19 *septembre.* — Arrivée à Corfou vers 7 heures. Visite. Excursion en automobile à l'Achilleion et retour par le Canon. Départ du *Reine-Marie* vers midi.

*Dimanche* 20 *septembre.* — Arrivée de bonne heure à Itea. Excursion en automobile à Delphes par les bois d'oliviers et la plaine sacrée. Gorges du Pleistos au pied du Parnasse et des Roches phedriades. Ruines du Hiéron (Fouilles de l'École française), monuments votifs d'Athènes, Lacédémone, Tarente, Sicyone, Argos, Siphnos, Cnide, sanctuaire de la Terre et des Muses ; base du Trépied de Platées, des offrandes de Gélon, etc. Terrasse et ruines du grand Temple d'Apollon, ex-voto des Thessaliens ; Lesché de Cnide, fontaine Cassotis, théâtre. Autour du sanctuaire, ruines de la ville et de la nécropole ouest, site où siégeait le Conseil des Amphictyons (Pylaia), beau stade au flanc du Parnasse, Pronaia (reste de trois temples), deux trésors, dont celui de Marseille ; Tholos ou rotonde en marbre. Gymnase et Palestre, nécropole est.

Fontaine Castalie. Musée de Delphes (dit Musée Homolle) qui contient l'Aurige de bronze. Déjeuner à Delphes.

Retour à Itéa par Khryso. Dîner à bord.

*Lundi* 21 *septembre.* — Arrivée à Loytraki vers 7 heures. Débarquement. Départ en voitures automobiles par la splendide route en corniche qui surplombe la baie de Salamine, pour Mégare (vieux port), Eleusis (sanctuaire des grandes Déesses, Prophylées, Portique, de Philon, Acropole, Musée). Arrivée à Daphni vers 11 heures. Visite de ce délicieux petit monastère byzantin du XIe siècle. Déjeuner. Départ à 13 h. 30 pour Athènes. Visite de l'Acropole (propylées, temple de la Victoire aptère, Erechtheion, Parthénon, Musée de l'Acropole). Dîner et coucher à l'hôtel de Grande-Bretagne.

# NOUVELLES *(Suite)*

*Mardi 22 septembre.* — Le matin : Odéon d'Hérode, Atticus, théâtre de Dionysos, Odéon de Périclès, monument chorégique de Lysierate, Arc d'Hadrien, temple de Zeus, Stade, Phyx, Prison de Socrate, Aréopage, Theseion, Tour des Vents, cimetière du Céramique et les deux charmantes églises byzantines : Petite Métropole et Kapnicaréa.

Après-midi : visite au Musée national des collections mycéniennes (Mycènes, Tyrinthe, Argos, Salamine, Spata, Vaphio, etc.), de la salle des Apollons et de la sculpture archaïque, des monuments du v<sup>e</sup> siècle et suivants, des vases peints (lécythes attiques), des sculptures funéraires des terres cuites, des bronzes (dont l'éphèbe de Marathon, le Poseidon et le petit Esclave, récemment retrouvés).

A 17 heures, réception à l'Ecole française d'Athènes. A 18 heures, départ et retour à bord à 20 h. 30 pour dîner.

**Service de santé des troupes coloniales.** — Sont promus : *Au grade de médecin colonel* (pour prendre rang du 24 juin 1931). — Les médecins lieutenants-colonels : M. Jarland (Sébastien-Joseph-Léonce-Néry), en service hors cades à la Côte d'Ivoire, en remplacement de M. Faucheraud, promu.

M. Leynia de Lajarrige (Henri), en service au dépôt des isolés des troupes coloniales (annexe de Bordeaux), en remplacement de M. Brau, retraité.

M. Blanchard (Maurice-Marie), professeur à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales, en remplacement de M. Fraissinet, retraité.

Pour prendre rang du 25 juin 1931 : M. Bernard (Pierre-Louis), en service au Levant, en remplacement de M. Dagorn, retraité.

*Au grade de médecin lieutenant-colonel* (pour prendre rang du 25 juin 1931). — Les médecins commandants : M. Gaubil (Fernand-Pierre), en service au 13<sup>e</sup> régiment de tirailleurs sénégalais, en remplacement de M. Jarland, promu.

M. Basque (Octave-Emilien), en service à l'hôpital militaire de Fréjus, en remplacement de M. Leynia de Lajarrige, promu.

M. Blandin (Charles-Marie-René), en service à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales, en remplacement de M. Blanchard, promu.

M. Le Cousse (Emile-Victor-Jean-Marie), en service à l'hôpital militaire de Fréjus, en remplacement de M. Bernard, promu.

*Au grade de médecin commandant* (pour prendre rang du 25 juin 1931). — Les médecins capitaines : 2<sup>e</sup> tour (choix), M. Basset (Gabriel-Jules-Eugène), en service au 51<sup>e</sup> régiment de mitrailleurs indochinois, en remplacement de M. Gaubil, promu.

Pour prendre rang du 25 mars 1931 : 1<sup>er</sup> tour (ancienneté). M. Morin (Albert-Paul-Alexandre), en service en Nouvelle-Calédonie, emploi vacant.

Pour prendre rang du 25 juin 1931). — 2<sup>e</sup> tour (choix). M. Duga (Jean-Marie-Stéphan), en service hors cadres en Indochine, en remplacement de M. Basque, promu.

1<sup>er</sup> tour (ancienneté). M. Charenton (Julien-Paul), en service en Chine, en remplacement de M. Blandin, promu.

2<sup>e</sup> tour (choix). M. Gilis (Paul-Louis-Antoine), en service en Indochine, en remplacement de M. Le Cousse, promu.

1<sup>er</sup> tour (ancienneté). M. Calbaraic (Henri-Maurice), en service à Madagascar, emploi vacant.

*Au grade de médecin capitaine* (pour prendre rang du 25 juin 1931). — Les médecins lieutenants : 3<sup>e</sup> tour (ancienneté). M. Pieraggi (Albert-Lucien), en service hors cadre en Afrique occidentale française, en remplacement de M. Gabert, décédé.

4<sup>e</sup> tour (officier provenant de la non-activité). M. Toubert (René-Joseph-Michel), en non-activité pour infirmités temporaires dans la 18<sup>e</sup> région, en remplacement de M. Kerjean, décédé.

1<sup>er</sup> tour (ancienneté). M. Gonnet (Claude-Lucien), en service hors cadres au Togo, en remplacement de M. Basset, promu.

2<sup>e</sup> tour (choix et, à défaut, ancienneté). M. Tregouet (Henri-Auguste-Marie), en service hors cadres en Afrique équatoriale française, en remplacement de M. Morin, promu.

3<sup>e</sup> tour (ancienneté). M. Gulard (Emile-Jean-Elie), en service hors cadres en Afrique équatoriale française, en remplacement de M. Duga, promu.

1<sup>er</sup> tour (ancienneté). M. Habert (Max-Jean), en service hors cadres au Cameroun, en remplacement de M. Charenton, promu.

2<sup>e</sup> tour (choix et, à défaut, ancienneté). M. Pélissier (Jean-Théodore), en service hors cadres en Indochine, en remplacement de M. Gilis, promu.

3<sup>e</sup> tour (ancienneté). M. Guillermou (René-Marie-Antoine-Robert-Georges), en service hors cadres en Afrique occidentale française, en remplacement de M. Calbairac, promu.

1<sup>er</sup> tour (ancienneté). M. Courbil (René-Louis-Marius) en service hors cadres en Nouvelle-Guinée, emploi vacant.

2<sup>e</sup> tour (choix et, à défaut, ancienneté), M. Hervé (Pierre-Louis-Robert), en service hors cadres au Cameroun, emploi vacant.

3<sup>e</sup> tour (ancienneté), M. Lorre (André-Joseph), en service hors cadres au Cameroun, emploi vacant.

1<sup>er</sup> tour (ancienneté). M. David (Emilie-André), en service hors cadres au Cameroun, emploi vacant.

2<sup>e</sup> tour (choix et, à défaut ancienneté). M. Guillermin (Louis-Pierre-Jean), en service hors cadres en Afrique équatoriale française, emploi vacant.

*Au grade de pharmacien commandant* (pour prendre rang du 25 juin 1931). — 1<sup>er</sup> tour (ancienneté). M. Cousin (Ernest-Francis), pharmacien capitaine au dépôt des isolés des troupes coloniales de Marseille, emploi vacant (figure au tableau d'avancement de 1931).

*Au grade de pharmacien capitaine* (pour prendre rang du 25 juin 1931). — 2<sup>e</sup> tour (choix). M. Deniel (Henri-Jean), phamacien lieutenant en service, hors cadres, en Afrique équatoriale française, en remplacement de M. Cousin, promu.

**Hopital Lariboisière.** — Dans le service de M. Devraignes, MM. Jean Seguy et J.-E. Marcel commenceront, le 23 juillet 1931, un cours pratique de thérapeutique gynécologique médicale.

Ce cours comprendra six leçons de deux heures chacune : cours théorique et travaux pratiques.

PROGRAMME DU COURS. — *a.* Traitement des métrites. Le Filhos : M. J. Seguy. — *b.* Courant faradique et courant continu en gynécologie : M. J.-E. Marcel. — *c.* La

## NOUVELLES *(Suite)*

haute fréquence en gynécologie : diathermie, courants de haute tension, etc. : M. J.-E. Marcel. — *d*. La diathermo-coagulation en gynécologie. Curettage diathermique : M. J.-E. Marcel. — *e*. Rayons ultra-violets et infra-rouges en gynécologie : M. J.-E. Marcel. — *f*. Traitement de la stérilité : insufflation, lipiodol, fécondation artificielle : M. J. Seguy.

Prix du cours : 200 francs.

Les leçons auront lieu, en principe, après dîner, aux jours et heures à fixer d'accord avec les élèves. S'inscrire dans le service de M. Devraigne, à la maternité de Lariboisière.

**Stéréoradiographie du tube digestif** (hôpital Beaujon, Service du Dr Aubourg). — A l'occasion du troisième Congrès international de radiologie, MM. le professeur H. Surmont et J. Tiprez (de Lille) et J. Surmont (assistant de radiologie du service), feront une présentation de films stéréoradiographiques du tube digestif, dans le laboratoire du Dr Aubourg, à l'hôpital Beaujon, les samedi 1er août et dimanche 2 août, de 10 heures à midi,

**Cours de perfectionnement sur les maladies des voies urinaires** (hôpital Cochin), sous la direction du Dr Maurice Chevassu, du lundi 20 juillet au samedi 8 août 1931.

Le cours sera complet en trois semaines.

Il comportera, le matin, de 9 à 12 heures, et l'après-midi, de 2 heures à 4 heures, quatre leçons théoriques et pratiques, avec examens cliniques, urétroscopiques, cystoscopiques et radiologiques, examens de laboratoire présentations de pièces et opérations.

En concordance avec ce cours, des leçons pratiques de médecine opératoire et de chirurgie expérimentale auront lieu chaque jour, à 4 h. 30, sous la direction des Drs Boppe et Bayle et du Dr Leibovici. (Consulter les affiches spéciales.)

Un certificat sera remis à la fin du cours à tous ceux qui l'auront suivi régulièrement.

Un diplôme pourra être délivré après examen.

L'examen pour les candidats pressés aura lieu le 8 août.

Pour les autres, il aura lieu dans la deuxième quinzaine de septembre.

Ce cours sera précédé d'un cours d'endoscopie urinaire qui aura lieu du 6 au 18 juillet.

Pour renseignements et inscriptions, s'adresser au laboratoire de bactériologie du pavillon Albarran.

Droits d'inscription : cours de Cochin, 500 francs ; cours de chirurgie expérimentale : 500 francs.

Les inscriptions sont reçues à la Faculté de médecine soit au secrétariat (guichet no 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, soit à l'A. D. R. M., salle Béclard, tous les jours, de 9 à 11 heures, et de 14 à 17 heures, sauf le samedi.

Les inscriptions pour le cours de médecine opératoire sont reçues à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin.

**Pyrométrie dans les applications de diathermie externe** (hôpital Beaujon, Service du Dr Aubourg). — M. J. Surmont, assistant de radiologie de l'hôpital Beaujon, fera une démonstration de l'emploi du pyromètre dans des applications de diathermie avec électrodes cutanées, les samedi 1er août et dimanche 2 août, de 10 heures à midi.

### MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

20 JUILLET. — *Paris*. Hôpital Cochin, 9 heures : Cours de perfectionnement sur les maladies des voies urinaires de M. le Dr CHEVASSU.

20 JUILLET. — *Paris*. Société de laryngologie des hôpitaux de Paris. Réunion à l'hôpital Saint-Antoine.

20 JUILLET. — *Paris*. Hôpital Saint-Antoine. Réunion de la Société de laryngologie des hôpitaux de Paris.

20 JUILLET. — *Londres*. IIe Congrès international d'orthodontie.

22 JUILLET. — *Paris*. Journées médicales coloniales de Paris. Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général à l'Hygiène sociale, 112, boulevard Haussmann, Paris.

22 JUILLET. — *Paris*. Journées médicales coloniales.

25 JUILLET. — *Nancy*. Préfecture. Dernier délai d'inscription pour le concours de médecin neurologiste à l'hospice J.-B. Thierry à Maxéville.

27 JUILLET. — *Paris*. IIIe Congrès international de radiologie (s'adresser au secrétariat général du Congrès, 122, rue La Boétie, Paris).

27 JUILLET. — *Paris*. Congrès international de radiologie.

29 JUILLET. — *Nancy*. Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences.

3 AOUT. — *Paris*. Congrès dentaire international. Secrétaire général : M. Villain, 10, rue d'Isly.

# CHRONIQUE DES LIVRES

*Le glycogène*, par A. BRAULT. 1 vol. in-8 de 362 pages. Prix : 80 francs (*Masson édit.*, 1931).

M. Brault a réuni dans ce très bel ouvrage l'ensemble de ses importants travaux sur le glycogène. De nombreuses planches en couleur illustrent le texte, car c'est surtout en histologiste que l'auteur étudie la question de la glycogenèse. L'ouvrage est divisé en six parties : dans la première, il oppose l'évolution des tumeurs à celle des néoplasies infectieuses ; la deuxième, la plus étendue, est consacrée à l'étude de la glycogenèse dans les tumeurs ; dans la troisième, se trouve exposée la glycogenèse chez l'embryon humain ; la quatrième traite de la glycogenèse chez les invertébrés, les protozoaires et les végétaux inférieurs ; la cinquième concerne l'étude du glycogène dans les cirrhoses, le rein diabétique, et montre l'intérêt du glycogène hépatique en médecine légale. Dans la sixième, l'auteur présente un résumé des notions acquises sur la glycogenèse générale en fixant ses rapports avec le glycogène hépatique. Il rapporte les discussions célèbres entre Rouget, Claude Bernard et Seegen. Il arrive à cette conclusion que la glycogenèse n'est pas une fonction exclusivement hépatique ou musculaire. C'est une fonction nutritive générale. Elle n'est du reste pas limitée au règne animal, on la retrouve dans le développement de certains végétaux inférieurs. Tout en déclarant intangible la doctrine de la glycogenèse hépatique, considérant le foie comme le grand formateur du sucre, Brault reconnaît qu'il existe encore des lacunes dans le phénomène de la glycogenèse hépatique, lacunes que Dastre lui-même avait indiquées. Il semble que pour arriver à résoudre cette question, la recherche du glycogène par les procédés histo-chimiques dans les tissus soit insuffisante et qu'elle doive s'adjoindre les procédés de technique chimique perfectionnés que nous possédons actuellement. Tout un ensemble de recherches basées sur le dosage du glycogène et les variations de la glycémie dans les différents territoires, notamment porte et sus-hépatiques, ont déjà permis d'entrevoir l'extrême complexité du problème à résoudre.

L'ouvrage de Brault constitue une œuvre maîtresse, et on peut affirmer qu'elle édifie d'une façon définitive l'étude histo-chimique du glycogène dans les tissus. Les recherches de chimie biologique, s'appuyant sur les constatations nombreuses qu'il a faites, et guidées par elles, permettront peut-être d'apporter de nouvelles précisions à cette question si importante de la glycogenèse.

F. RATHERY.

*Problèmes actuels de pathologie médicale*, par le Dr CLERC et les professeurs agrégés AUBERTIN, BÉNARD, BRULÉ, CATHALA, CHEVALLIER, DONZELOT, GUY LAROCHE, LION, MOREAU, PASTEUR VALLERY-RADOT. 1 vol. in-8 de 330 pages. Prix : 40 francs (*Masson édit.*, 1931).

Le professeur Clerc, en prenant possession de la chaire de pathologie interne, a eu l'heureuse idée d'associer les agrégés de médecine à son enseignement en un cours complémentaire relatif aux problèmes actuels de pathologie médicale ; il en résulte une série d'études très poussées sur des sujets à l'ordre du jour.

C'est ainsi que le professeur Clerc étudie le rôle de l'obstruction coronarienne en pathologie cardiaque ; Aubertin, la coloptose ; Bénard, la réserve alcaline ; Brûlé, le diagnostic des calculs cholédociens ; Cathala, la maladie cœliaque; Chabrol, les ictères infectieux ; Chevallier, les hémorragies des capillaires ; Donzelot, l'infarctus du myocarde ; Guy Laroche, le métabolisme basal en clinique ; Lion, les tachycardies permanentes régulières ; Moreau, la gangrène pulmonaire chronique ; Pasteur Vallery-Radot, l'anaphylaxie en médecine.

Ces différentes leçons sont une mise au point très claire et très intéressante de sujets particulièrement traités ces temps derniers : leur publication aidera à leur diffusion en permettant à ceux qui n'ont pu venir les entendre d'en profiter encore et de se mettre au courant des récentes données de la clinique.

PAUL CARNOT.

*Manifestations pleuro-pulmonaires et thérapeutique du rhumatisme articulaire aigu*, par G. CAUSSADE et A. TARDIEU (La Pratique médicale illustrée. 1 vol. in-16 de 48 pages. Prix : 15 francs (*G. Doin et Cie, édit.*).

On trouvera dans cet ouvrage une excellente mise au point des manifestations pleuro-pulmonaires et de la thérapeutique du rhumatisme articulaire aigu.

Il faut distinguer, dans le groupe des *pneumopathies* rhumatismales, celles qui sont réellement de nature spécifique, manifestement influençables par la médication salicylée (cortico-pleurites, histologiquement constituées de lésions de splénisation avec nodules d'Aschoff), de celles qui sont d'origine cardiaque (dilatation aiguë du ventricule gauche ou de l'oreillette gauche) ou dues à des germes d'infection secondaire.

Au déclin d'une crise de polyarthrite aiguë rhumatismale, surgissent quelquefois des manifestations tuberculeuses multiples qui posent le problème des relations étiogéniques et pathogéniques des deux infections. La notion de maladie de Bouillaud n'exclut pas celle d'une tuberculose plus ou moins rapidement évolutive.

A côté des procédés classiques de traitement, le mode d'administration discontinu de hautes doses (14 à 16 grammes) de salicylate de soude, selon une technique bien précisée, en tenant compte de l'élimination urinaire quotidienne, et de la susceptibilité individuelle du sujet (idiosyncrasie, âge, sexe), permet d'exercer, sans risques, une action temporaire mais énergique, souvent suffisante à juguler une évolution qui s'annonçait maligne. L'entrée en convalescence ainsi provoquée s'exprime cliniquement par l'hypothermie, la bradycardie et la polyurie.

Enfin, dans les cas non exceptionnels de salicylo-résistance, quelques médications récemment préconisées (thyroïdine, soufre, eau d'Uriage), par leur association au salicylate de soude, prescrites plus couramment, donnent des résultats très heureux chez certains rhumatisants pour lesquels la thérapeutique habituelle demeure inopérante.

# REVUE DES CONGRÈS

## CONGRÈS DE LA LITHIASE URINAIRE

### COMMUNICATIONS

**Influence de quelques ions du milieu urinaire sur la formation de la lithiase oxalique**, par M. Ch. O. Guillaumin. — L'étude d'urines récentes, riches en mâcles d'oxalate de calcium, a montré que le taux de l'acidité ou des phosphates acides ne joue qu'un rôle secondaire dans la précipitation oxalique. Le rapport Ca, Mg est dans 75 p. 100 des cas supérieur à 1,5, plus par suite d'une calciurie élevée que par déficience magnésienne. Sans rejeter tout essai de modification de l'équilibre alcalino-terreux urinaire, la prophylaxie antilithiasique doit surtout utiliser la diététique, les cures de diurèse, aidées de divers moyens d'activation des oxydations cellulaires ou de la lutte locale anti-infectieuse.

**Contribution à l'étude de la pathogénie des gravelles urinaires**, par le Dr J. Schneider. — L'examen cyto-bactériologique doit être mis au même rang que l'examen chimique dont il complète et supplée souvent les indications. Toutefois, l'examen cyto-bactériologique demande, pour être valable, à être effectué dans des conditions précises : prélèvement à la sonde, examen immédiat et contrôle par cultures. Il peut être aidé par des artifices, comme l'administration des alcalins qui favorise l'apparition du colibacille dans des urines où il est intermittent. Il doit s'accompagner normalement de la mesure du *p*H urinaire, qui doit être faite avant que les fermentations de l'urine au repos l'aient modifié. C'est également sans délai que l'on doit rechercher les sédiments cristallins dont la morphologie peut se modifier d'heure en heure. Les véritables graveleux urinent des cristaux déjà formés, qui se sont constitués à un niveau quelconque de l'arbre urinaire, mais de nombreux sujets ou faux graveleux ne voient apparaître leurs cristaux que dans les urines déjà émises. D'un certain nombre d'analyses cyto-bactériologiques les auteurs remarquent certaines coïncidences pathologiques qui pourraient en faire déduire notamment le rôle possible que jouerait le colibacille ou l'entérocoque dans la lithiase urinaire.

**Rapports des vitamines et de la calcification de l'épithélium du rein**, par le professeur van Leersum (Amsterdam).

**L'uricémie plasmatique et l'uricémie totale dans la lithiase rénale**, par MM. F. Françon et F. Gerbay (d'Aix-les-Bains). — Les auteurs ont étudié ce double problème chez des lithiasiques, frustes ou évidents, qui présentaient simultanément des arthropathies dont la très grande majorité étaient d'origine goutteuse (goutte chronique et rhumatisme goutteux). Sur 21 déterminations, 16 fois le taux de l'acide urique plasmatique dépassait 0gr,060 par litre, sans que ces variations soient en rapport avec le caractère larvé ou patent de la gravelle. L'hyperuricémie est plus élevée quand la lithiase accompagne la goutte tophacée que lorsqu'elle est associée au rhumatisme goutteux.

Sur 11 déterminations, 2 fois seulement l'acide urique total dépassait 0gr,150 par litre.

**Le self-contrôle hebdomadaire de l'état de prélithiase**, par le Dr Jacques Sédillot. — Pour qu'un cas de lithiase se constitue, il faut deux conditions : cristallisation d'un sel peu soluble (urates) dans l'urine avant son émission, et conformation anatomique spéciale des voies urinaires (bassinet et bas-fond vésical) permettant la rétention de ces petits cristaux qui alors vont s'accroître sur place.

Contre cette conformation anatomique, nous ne pouvons rien. Tout notre effort dans le traitement préventif devra donc porter sur le premier facteur, sur les causes qui facilitent la précipitation des urates dans l'urine avant son émission.

La grande cause qui prédispose à ces cristallisations *in vivo* est l'état d'oligurie avec haute densité de urines.

Le vase de nuit, « miroir des arthritiques », permettait souvent à l'arthritique d'être prévenu à temps de son état d'oligurie (petit volume des urines de la nuit, urines hautes en couleur, urines troubles, urines fortement mousseuses à l'émission, dépôt rouge-brique, etc.); Depuis que le vase de nuit, précieux auxiliaire du médecin, est de plus en plus délaissé dans les classes riches, nous devons songer à trouver d'une autre manière les renseignements qu'il fournissait. A tous mes clients arthritiques qui furent oliguriques (victimes de la lithiase ou menacés de le devenir), je conseille l'acquisition d'une éprouvette de laboratoire et d'un densimètre à urines qui ne doivent jamais quitter leur W. C. que pour les suivre dans leurs déplacements. Ainsi mes clients peuvent utilement, sans perte de temps, sans frais et aussi souvent qu'ils le désirent, avoir la surveillance de la densité de leurs urines.

**Les directives du traitement préventif de l'état de prélithiase**, par le Dr Jacques Sédillot. — La haute densité des urines peut être chez les uns une affaire saisonnière, c'est l'oligurie caniculaire. La transpiration cutanée très active frustre les reins de la majeure partie des boissons ingérées. La densité des urines doit être particulièrement surveillée à cette période de l'année, et ces oliguriques doivent boire la nuit, surtout avant leur lever, c'est-à-dire aux heures relativement fraîches du nycthémère.

Mais chez la plupart des arthritiques, l'oligurie est directement sous la dépendance de la congestion hépatique active qui constitue un obstacle à la rapide absorption des liquides ingérés. Boire suffisamment amène chez ces sujets une aggravation momentanée de leur état d'hypertension portale, qui se traduit subjectivement par des malaises pénibles, tension épigastrique, ballonnement du ventre, sensation de plénitude abdominale. Instinctivement, pour éviter ces malaises, ces sujets en arrivent à boire le moins possible, les femmes surtout. C'est donc l'oligodypsie voulue qui est la cause de l'oligurie et de la haute densité des urines.

Le traitement rationnel sera la cure de désintoxication arthritique, qui vise uniquement à décongestionner, à mettre au repos et à un meilleur fonctionnement la cellule hépatique congestionnée, surmenée, insuffisante. Non seulement l'arthritique se trouvera alors à l'abri des accidents de la lithiase, mais à plus lointaine échéance

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

il évitera à coup sûr de faire la sclérose de ses reins qui ne seront plus quotidiennement surmenés au-dessous et par la faute de leur foie insuffisant.

**La lithiase phosphatique, complication diététique de la lithiase urique,** par Dr L. Violle (de Vittel). — Cette complication, d'origine uniquement diététique, absolument indépendante de toute infection urinaire, tient à ce que, en instituant un régime apurinique ou hypopurinique, on n'a en vue que la diminution des apports puriques, sans se demander quelles pourront être les modifications déterminées dans la réaction des urines. Or, le régime apurinique devient facilement un régime végétarien, c'est-à-dire un régime alcalinisant, et si, dès que le *p*H tombe au-dessous de 5,7, on arrive dans la zone des précipitations uriques, dès que le *p*H monte au delà de 6,6, on arrive dans la zone des précipitations phosphatiques, zones particulièrement dangereuses pour les lithiasiques.

Il faut donc surveiller le *p*H urinaire des lithiasiques et le maintenir dans la zone favorable en faisant varier les régimes, soit vers l'alcalinité, plus particulièrement au moyen de jus de fruits, soit vers l'acidité, au moyen des albumines proprement dites (fromages, œufs, pain) qui n'exercent, d'autre part, aucune influence sur la production de l'acide urique.

**Indications du traitement hydrominéral de la lithiase réno-urétérale par les eaux diurétiques,** par le Dr Monsseaux (de Vittel). — En raison de la multiplicité quasi indéfinie des formes anatomiques et cliniques sous lesquelles se présente la lithiase réno-urétérale, le traitement hydrominéral de cette affection constitue, tantôt le traitement principal, tantôt le complément de l'acte chirurgical. Selon les indications, il sera donc utilisé à titre curatif, palliatif ou préventif.

Souvent il réalisera l'expulsion lithiasique lorsque la situation, le volume, la forme, les connexions de la ou des concrétions en permettent la migration; à défaut, il en assure généralement une meilleure tolérance. Modifiant par décapage la muqueuse du bassinet, drainant les voies d'excrétion, il prévient les récidives, évite ou atténue l'infection. Dans le rein lui-même, il stimule la fonction urinaire et retarde la sclérose. Enfin, il améliore la nutrition générale.

Aussi s'adresse-t-il à toutes les formes et à tous les degrés de la lithiase.

Dans le plus grand nombre de cas, la décision thérapeutique appartient au chirurgien ; quand il a libéré totalement ou partiellement l'appareil réno-urétéral, la cure diurétique vient parfaire son œuvre. S'il juge inutile, prématuré ou impossible d'opérer, la cure, jointe au traitement médical, prend la première place, et parfois même prépare l'intervention ultérieure.

Chirurgiens, médecins et hydrologues sont ainsi appelés à collaborer fréquemment et utilement.

**Modifications apportées aux conditions de la circulation au cours du traitement de la lithiase rénale par la cure diurétique,** par le Dr Amblard (de Vittel). — Au cours de la lithiase rénale, lorsque la situation du calcul n'entraîne pas une gêne à l'écoulement normal de l'urine par l'uretère, on rencontre : tantôt de l'hypotension artérielle, tantôt une tension normale, tantôt de l'hypertension.

L'hypotension se note surtout dans les cas de lithiase phosphatique, dite primitive.

La cure diurétique étant hyposthénisante, il y a lieu de prescrire chez ces malades, au cours du traitement, divers toniques : strychnine, acide phosphorique, adrénaline.

Les autres calculs, oxaliques, uratiques, uriques, s'accompagnent d'une tension artérielle normale, ou d'hypertension.

En cas d'hypertension, l'action hyposthénisante du traitement est un bénéfice réel dont on ne peut que se féliciter.

Au cours de la colique néphrétique, on peut noter une élévation momentanée de la tension qui revient rapidement à son niveau antérieur.

Il ne semble pas y avoir un rapport direct de causalité entre la présence de calculs et la constatation de l'hypertension artérielle.

**L'action des cures hydrominérales sulfatées calciques sur l'uricémie et le rôle du calcium dans les éliminations uriques urinaires,** par P.-L. Violle (de Vittel). — Lorsqu'on suit simultanément les modifications qui se passent dans le sang et dans les urines au point de vue de l'acide urique, tant au cours des cures hydrominérales sulfatées calciques qu'au cours des crises de goutte, on peut en conclure que les cures hydrominérales sulfatées calciques agissent en déterminant de véritables « crises larvées de goutte ».

Le calcium joue-t-il un rôle important, tant dans la crise de goutte que dans la cure sulfatée calcique ?

Des recherches faites par le professeur Rathery et Violle, il résulte que, dans les cures hydrominérales bicarbonatées et sulfatées calciques, dans le traitement par le lactate de calcium, dans la crise de goutte, il existe une certaine relation entre les éliminations urinaires de l'acide urique et du calcium.

Recherchant alors le mécanisme d'action du calcium dans tous les cas, Violle et Dufourt mettent en évidence que, chez l'individu normal, il n'existe aucun rapport constant entre les éliminations urinaires de l'acide urique et du calcium ; qu'au contraire, dans l'hyperuricémie solitaire, il existe une connexion remarquable entre les éliminations uriques et calciques.

Au cours des crises de goutte, il se produit dans ces éliminations des variations en rapport avec les moments de la crise.

Il semble donc que, chez les hyperuricémiques, l'apport d'un calcium combinable détermine une combinaison uro-calcique facilement excrétable.

**Traitement de la lithiase oxalique,** par le Dr Lhuillier (de Vittel). — La cure de Vittel vise à la fois l'état rénal et la diathèse elle-même des oxalémiques. La source Hépar, en agissant sur le foie généralement insuffisant de ces malades, favorise la destruction dans l'organisme de l'acide oxalique d'origine endogène ou exogène. La Grande Source, par son action diurétique, remédie à l'insuffisance rénale et provoque l'évacuation des graviers et calculs.

Un hôtel spécialement affecté à la cure de régime,

le traitement hydro-électrique, la cure d'exercice, le climat en même temps tonique et reposant des Vosges complètent l'action si bienfaisante des eaux.

**Traitement des complications septiques de la lithiase urinaire par la cure diurétique**, par le Dr GUYONNEAU (de Vittel). — L'infection urinaire est souvent la conséquence et parfois la cause de la lithiase urinaire.

Toute lithiase : uratique, oxalique, phosphatique, peut être infectée par le staphylocoque, le colibacille, l'entérocoque, le pneumobacille de Friedlander, etc.

L'infection des voies urinaires prédispose à toutes les lithiases; mais elle est souvent à la base de la lithiase phosphatique.

La cure de Vittel peut être utile dans toutes ces circonstances :

1er cas. — La lithiase urinaire infectée ne comporte que des graviers ou des calculs éliminables. On peut espérer de la cure diurétique :

*a.* qu'elle élimine graviers et calculs ;

*b.* qu'elle aseptise à peu près les voies urinaires.

2e cas. — La lithiase infectée comporte de gros calculs non éliminables.

La cure de Vittel aide à la tolérance des calculs ou aide à préparer l'intervention chirurgicale.

3e cas. — La lithiase rénale a été opérée, mais les urines restent troubles et microbiennes. La cure de Vittel concourt à nettoyer les urines.

4e cas. — Il s'agit d'hydronéphrose lithiasique infectée.

La cure hydrominérale ne suffit pas. Il faut d'abord lever l'obstacle par cathétérisme urétéral ou intervention sanglante. La cure diurétique n'est qu'un des agents thérapeutiques de la plupart des cas que nous venons d'envisager, et il faut presque toujours lui associer:

*a.* les antiseptiques urinaires à faible dose ;

*b.* la vaccinothérapie buccale.

**Traitement de la lithiase phosphatique par la cure diurétique**, par Albert MARCOTTE (de Vittel). — Le traitement par la cure diurétique a pour but et pour effet d'expulser les graviers et les calculs éliminables et de lutter contre l'aptitude de l'organisme à former des calculs en modifiant la diathèse causale.

*Localement*, l'eau de cure relâche les spasmes urétéraux, modifie et rénove l'épithélium urinaire, débarrasse les calculs de la gangue de mucus qui les entoure, « désenglue» petit à petit ces concrétions, possède même une action dissolvante sur le ciment qui agglomère les petits grains isolés.

*Sur l'organisme entier*, elle agit en stimulant les fonctions rénales, hépatiques, intestinales, modifiant ainsi la diathèse causale (assimilation et désassimilation plus parfaites).

L'eau de Vittel (type des eaux sulfatées et carbonatées calciques) n'élève pas le *p*H des urines. Que l'organisme renferme un excédent de $OC^{05}$ ou qu'il ait tendance à perdre ses sels de chaux ou de magnésie, il y a, sous l'action de cette eau, formation de phosphates insolubles qui s'éliminent par voie intestinale. En conséquence, les urines sont moins chargées en phosphate.

La physiothérapie (cure d'exercice en particulier), la médication acidifiante et le régime compléteront le traitement.

**Modifications des formes de cristallisation de l'acide urique au cours de la cure calcique**, par Ch. J. FINCK (de Vittel). — Dans les voies urinaires, les formes de cristallisation de l'acide urique varient avec la réaction du milieu. Rhomboèdres à quatre pans égaux dans les urines peu acides, les cristaux d'acide urique prennent une forme de losanges allongés dans les urines très acides; de plus, ils ont une tendance à s'accoler en amas plus ou moins épais.

La cure calcique ramène les liquides de l'organisme à une réaction normale lorsque celle-ci est déviée dans le sens de l'acidité, non pas par alcalinisation.

**Elimination des calculs urinaires au cours de la cure et après la cure de Vittel**, par le Dr H. PAILLARD (de Vittel). — L'auteur étudie successivement :

1° *Le moment d'élimination des calculs* : au cours même de la cure (plutôt dans la deuxième moitié de la cure et plutôt petits calculs) ou dans les deux mois qui suivent la cure (on observe alors l'élimination de calculs assez volumineux).

2° *Le mécanisme d'évacuation des calculs* : rôle mécanique de la chasse produite par une diurèse abondante, rôle plus important sans doute de la libération du calcul souvent englué dans un exsudat fibrineux ou muqueux, exsudat qu'il faut dissocier lentement.

3° Au point de vue pratique, il y a des *partisans des grosses doses et des petites doses*; les grosses doses peuvent être dangereuses si on ne surveille pas le malade ; on a le droit de les employer si la tension reste normale et si la diurèse se fait parallèlement aux absorptions ; mais, dans beaucoup de cas, pour des raisons gastriques, hépatiques, cardio-vasculaires ou rénales, on devra se contenter de doses moyennes ou petites dont il sera utile de prolonger l'emploi.

4° La cure de diurèse n'est pas seulement utile au point de vue local ; elle réalise un *lavage sanguin et tissulaire* qui combat le processus lithiasique.

**Traitement de la lithiase urétérale par le cathétérisme de l'uretère**, par le Dr BŒCKEL (de Strasbourg). — Au point de vue de la thérapeutique à instituer, l'auteur divise les malades porteurs d'un calcul de l'uretère en trois catégories, suivant le volume de la pierre :

1° Les *petits* calculs relèvent du traitement médical et de la cure de Vittel ;

2° Les calculs *volumineux* doivent être extraits *chirurgicalement*, par urétérotomie ;

3° En ce qui concerne les calculs de moyen volume, Bœckel estime qu'il faut, avant de les opérer, tenter leur expulsion par le *cathétérisme urétéral*, qui lui a donné, dans 13 cas, un excellent résultat. Dans 4 cas, un seul cathétérisme, temporaire, fut suffisant ; dans 2 autres, la sonde fut laissée à demeure (un jour, cinq jours).

Lorsqu'un premier cathétérisme a échoué, il est indiqué de recommencer la même manœuvre ; chez deux malades, succès au bout de deux cathétérismes.

Dans 4 cas où la sonde n'arrivait pas à dépasser la pierre, l'auteur pratiqua une forte dilatation au-dessous

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

du calcul (sonde 21 de la filière Pasteau) et obtint ainsi son expulsion.

Dans un cas rebelle, il fallut une sonde urétérale à demeure pendant vingt-quatre heures, six dilatations avec sonde introduite jusqu'au bassinet, deux dilatations au-dessous de la pierre, enfin l'électrocoagulation de l'ostium urétéral.

La conclusion à tirer de l'étude de ces 13 cas est que le cathétérisme de l'uretère temporaire ou prolongé, au besoin répété, doit toujours être tenté dans les cas de calcul urétéral de moyen volume avant d'en arriver à l'intervention sanglante.

**Traitement pré-opératoire d'urgence et post-opératoire dans la lithiase rénale infectée,** par le Dr G. R. Francfort (de Nancy). — Étudiant les observations recueillies au service des voies urinaires de l'hôpital de Nancy pendant vingt ans, l'auteur conclut par la conviction qu'il est possible quelquefois :

1° De retarder une intervention urgente en drainant et désinfectant, dans une certaine mesure, le bassinet par les cathétérismes répétés ou à demeure ;

2° D'éviter ou retarder les récidives par les lavages du bassinet, pratiqués pendant très longtemps.

**Colibacilluries et oxaluries latentes,** par les Drs Buche et Decaux (de Vittel) et M. Pagel. — L'examen microscopique du culot de centrifugation des urines, pratiqué de façon systématique et à plusieurs reprises pendant la cure, révèle la fréquence de l'association colibacillurie et oxalurie, et cela même chez des malades n'ayant jamais présenté aucun symptôme fonctionnel urinaire. Nous pensons qu'il y a intérêt à traiter aussitôt découvertes ces bactériuries, parce qu'à ce stade elles sont aisément curables et que, non traitées, elles évoluent vers l'infection et la chronicité et deviennent alors particulièrement décevantes et rebelles à la thérapeutique.

**Fausse cystite et calculs de l'extrémité inférieure de l'uretère,** par le Dr Nogues. — L'auteur rapporte l'observation de deux femmes chez lesquelles la présence de deux calculs urétéraux arrêtés à 3 centimètres de l'extrémité inférieure donnaient lieu à des crises de fausse cystite très douloureuse malgré l'intégrité parfaite de la vessie et de l'orifice urétéral correspondant.

**Trois observations de lithiase,** par le Dr Wurmser. — Une première a trait à une femme qui, à la suite d'une légère crise de coliques néphrétiques, avait fait plusieurs cures à Vittel. Elle n'avait jamais été radiographiée et vient consulter pour pyurie et fièvre. Deux radiographies et une pyélographie n'avaient pas permis de diagnostic. Après division, une troisième radio montre six gros calculs urato-phosphatiques du rein droit.

La seconde est celle d'un homme de soixante-douze ans atteint d'hypertrophie prostatique. Ce n'est qu'au moment d'une poussée d'infection urinaire avec distension, ayant nécessité l'intervention d'urgence, que l'on constate dans la vessie la présence de soixante-douze calculs d'urates, recouverts secondairement de phosphates.

Un troisième malade avait dans son rein un énorme calcul latent d'urates et d'oxalates. Les premiers symptômes coïncident avec une infection urinaire qui se traduit sur la pièce opératoire par un anneau blanchâtre résultant de la précipitation des phosphates.

**Anhématose et lithiase urinaire,** par le Dr J. Pescher. — 1° La lithiase urinaire n'est pas quelque chose qui commence, mais quelque chose qui finit.

2° Ce qui commence, c'est l'auto-intoxication de l'organisme.

3° L'auto-intoxication a des causes multiples ; la plus efficiente de ces causes est l'*anhématose* permanente, à lointain début, par manque d'air et d'exercice.

4° Le traitement fragmentaire, uniquement local, est toujours incomplètement opérant.

5° La seule thérapeutique efficace consiste à s'occuper à la fois de l'état local et de l'état général, en fournissant à l'organisme, par un entraînement approprié, musculaire et respiratoire, la dose d'oxygène aux oxydations normales.

**La lithiase urinaire simulée,** par le professeur Perrin (de Nancy). — Rapportant un certain nombre de cas de simulations de lithiase urinaire, personnels ou trouvés dans la littérature, le professeur Maurice Perrin (de Nancy) attire l'attention sur cette éventualité assez curieuse :

Certains malades simulent de toutes pièces une lithiase rénale ou vésicale, avec ou sans allégation de crises douloureuses, et parfois en compliquant leur cas par la coexistence d'une pseudo-lithiase intestinale. Il en est dont l'arbre urinaire est sain et les éliminations normales, alors que d'autres ont brodé sur un fond lithiasique préalable, justiciable évidemment d'un traitement spécial.

Au point de vue psychique, certains simulateurs sont conscients et simulent dans un but nettement intéressé ; d'autres sont des psychopathes hystériques, dont la simulation est une attitude pathologique, la signature d'un déséquilibre mental.

**Lithiase urinaire chez l'enfant,** par le professeur Lepoutre (de Lille). — La lithiase, au moins dans sa forme chirurgicale, n'est pas exceptionnelle chez l'enfant ; et on rencontre le calcul de la vessie, le calcul de l'uretère, le calcul de l'urètre.

Il existe des calculs secondaires d'infection et l'auteur apporte l'observation d'un enfant qui portait un calcul de l'urètre, un calcul de la vessie, deux calculs de l'extrémité de l'uretère droit, trois calculs de l'extrémité inférieure de l'uretère gauche, un calcul coralliforme dans chaque rein.

La lithiase primitive s'est présentée sous forme de dépôts cristallins microscopiques d'oxalate de chaux disséminés dans le parenchyme, avec calculs du rein, de l'uretère, de la vessie, de l'urètre, réalisant en clinique l'expérience bien connue d'Ebstein et Nicolaier.

**Lithiase et pyélographie,** par le professeur Lepoutre (de Lille). — La pyélographie obtenue après injection intraveineuse d'urosélectan ou d'abrodil est dépourvue de tout danger et, d'autre part, beaucoup moins pénible pour le patient que la pyélographie rétrograde.

L'ombre obtenue étant peu opaque, on voit le calcul en place dans le bassinet ou dans un calice.

Cette méthode nous invite à utiliser très largement la

pyélographie, dont les renseignements sont précieux dans la lithiase urinaire.

**Action des eaux minérales sur les muscles lisses des voies urinaires** (Recherches d'hydrologie expérimentale), par MM. Maurice VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON et R. EVEN. — Certaines eaux minérales employées dans le traitement de la lithiase urinaire ont une action sur les mouvements de l'uretère et de la vessie isolés. Des différences profondes séparent entre elles, à ce point de vue, les diverses sources, qui possèdent donc sur ces muscles lisses des effets pharmacodynamiques spécifiques.

**Influence de quelques cures sulfatées calciques sur le système neuro-végétatif**, par MM. J.-L. MASSOT, Louis MERKLEN, Daniel SANTENOISE et M. VIDACOVITCH. — Les effets de l'administration d'eau de la source Hépar (Vittel) sur le réflexe oculo-cardiaque chez le chien anesthésié montrent que cette eau exerce, par ingestion, une action nette sur l'activité fonctionnelle du vague en augmentant son activité réflexe. L'administration d'eau distillée ou d'eaux oligométalliques ne donne jamais de résultats aussi nets ; de plus, les modifications physico-chimiques consécutives soit à l'échauffement, soit au vieillissement de l'eau d'Hépar, suffisent pour diminuer ou supprimer l'activité pharmacodynamique de cette eau sulfatée calcique vosgienne.

**Calcul de l'uretère pelvien gauche juxta-vésical**, par le professeur agrégé VINCENT (de Lille.). — Une jeune femme de vingt-cinq ans hystérectomisée pour salpingite présente des crises douloureuses lombaires qui justifient une radiographie ; celle-ci montre un calcul sur l'uretère pelvien gauche ; une pyélographie à l'iodure de sodium 30 p. 100 montre nettement la dilatation du bassinet et de l'uretère sus-jacent, mais le calcul est perdu dans l'ombre de l'iodure ; l'urographie à l'urosélectan montre un bassinet dilaté et un uretère dilaté jusqu'au calcul très visible ; du côté droit, l'image est peu nette. Une sonde urétérale à demeure dans l'uretère ne fait pas descendre le calcul. L'intervention a lieu par voie iliaque, le calcul est difficile à atteindre, on doit inciser l'uretère à quelques centimètres du calcul pour l'extraire avec une pince de Kocher. Les suites opératoires sont normales, mais à la pyélographie l'hydronéphrose persiste.

**Moyens hydrothérapiques propres à amener l'expulsion des calculs urinaires**, par le Dr BOIGEY (de Vittel). — Ce sont les états de spasme qui, dans l'immense majorité des cas, représentent l'obstacle le plus difficile à vaincre pour aboutir à l'élimination des calculs.

L'expulsion des sables urinaires et des calculs de faible volume, non enchatonnés, peut être obtenue très souvent par deux moyens :

1° *Le grand bain associé à la douche sous-marine.* Le

bain est donné aux environs de 36° et la douche locale aux environs de 41°. La douche devra être donnée de façon intermittente ;

2° *Le grand bain combiné avec le cataplasme d'amiante chaude* appliqué, dans la baignoire, sur la région où l'on soupçonne le calcul arrêté.

Aux moyens précédents, on peut ajouter des douches locales données sur la région rénale. Mais elles sont, en général, moins efficaces que l'application de cataplasmes chauds dans le bain et de la douche locale sous-marine.

**Les troubles urétro-génitaux au cours de la lithiase urinaire larvée de l'homme**, par MM. J.-E. MARCEL (de Paris) et MARCOTTE (de Vittel). — La lithiase urinaire larvée est celle qui se traduit soit par une élimination inconstante de sable, soit, même et surtout, par de simples décharges de cristaux, de phosphates, d'oxalates de chaux ou d'urates de soude. Il existe un type urétro-prostatique et un type strictement génital. Le premier (dont on observe une forme pure, nettement diathésique, et une forme mixte à la fois diathésique et hétéro-infectieuse) se manifeste par une urétrite discrète contrastant avec une prostatite glandulaire importante. Le type génital se traduit par une prostatite isolée et des signes d'atteinte du véru, en particulier du priapisme.

Ces troubles, que seul l'examen chimique des urines permet de révéler, ont une évolution lente et capricieuse. Ils s'effectuent vraisemblablement par voie descendante et sont d'une pathogénie complexe et multiple (chimique, mécanique, diathésique, voire même réflexe). Ils cèdent moins au traitement local nécessaire (lavages émollients, diathermie) qu'au traitement général de la diathèse.

Leur connaissance restreint le champ étiologique des urétrites non gonococciques, dont la cause reste si souvent mystérieuse pour le malade comme pour le médecin.

DISCUSSIONS

**A propos de l'action lithogène du syndrome entéro-rénal.** — M. le professeur HOGGE (de Liège). — Je ne partage pas du tout les idées de mon ami Heitz-Boyer quant au syndrome entéro-rénal ; non pas que je révoque en doute l'influence de l'intestin dans la pathogénie de la lithiase urinaire et, en général, dans la pathologie génito-urinaire. Il y a plus de trente-cinq ans (1896) j'ai appelé moi-même l'attention des troubles intestinaux et digestifs dans la production des urétro-prostatites non blennorragiques.

Syndrome entéro-rénal est un ensemble de mots euphoniques — une sorte de symphonie en r — agréable à entendre, mais qui ne répond pas à la réalité des faits. Si l'infection joue un grand rôle dans la lithiase urinaire et surtout dans les récidives de ces opérés, il faut dire que cette infection peut venir de partout et que l'agent microbien n'est pas forcément et toujours le colibacille ou l'entérocoque. Outre ces germes très polymorphes, car on en a décrit de très nombreuses espèces, on doit signaler les autres microbes pyogènes, accessoirement lithogènes, comme le staphylocoque et le streptocoque, et probablement beaucoup d'autres encore.

L'infection, d'où qu'elle vienne, peut donc, chez un individu prédisposé, c'est-à-dire à nutrition ralentie, provoquer la lithiase. Et alors, tout aussi bien que pour les troubles intestinaux, on peut invoquer, par exemple : les

furoncles, anthrax, otites, rhino-pharyngites, trachéo-bronchites, cholécytites, appendieites, anusites, péritonites, métrites, prostatites, etc., et toutes les maladies infectieuses quelconques.

Je considère donc que l'acceptation du syndrome entéro rénal résulte d'une erreur d'interprétation et que si l'intestin est la source fréquente des répercussions bactériémiques variées, en l'espèce lithogènes, il y a à ces répercussions de multiples autres sources. On pourrait, tout aussi légitimement, parler de syndromes : rhino-pharyngo-rénal, odonto-rénal, métro-salpingo-rénal, prostato-rénal, etc.

**A propos des troubles fonctionnels des reins dans lithiase rénale.** — M. le professeur agrégé Maurice CHEVASSU. L'urologie chirurgicale proclame depuis vingt ans que le critérium de la valeur fonctionnelle globale des reins lithiasiques est fourni, en effet, avant tout par l'étude de l'azotémie et de la constante uréique.

Mais elle fait des efforts croissants pour interpréter les raisons des troubles fonctionnels constatés, en cherchant à préciser l'état anatomique du parenchyme rénal et des voies excrétrices du rein des lithiasiques, et en particulier en localisant exactement les calculs en tel ou tel point de l'arbre urinaire.

Lorsqu'ils sont placés, ce qui est fréquent, de manière à faire clapet sur la voie excrétrice, les calculs peuvent troubler considérablement le fonctionnement rénal par raison avant tout mécanique. La suppression de l'obstacle calculeux, ou le drainage des cavités en rétention au-dessus de l'obstacle, peuvent rétablir le fonctionnement rénal dans des conditions de rapidité et souvent de simplicité qui réalisent de véritables « miracles » thérapeutiques.

Eloigner les calculeux de l'intervention urologique, qui est loin d'être toujours chirurgicale, sous prétexte qu'ils ont une azotémie trop élevée, c'est ne pas leur laisser la chance qu'ils auraient peut-être eue de présenter une région facile à débloquer ou à drainer, et une « urémie curable ».

M. le Dr H. PAILLARD (de Vittel). — La fonction rénale est assez souvent touchée au cours de la lithiase, mais elle l'est généralement d'une façon parcellaire qui ne retentit guère sur la tension et sur l'azotémie. Certains encombrements graveleux des reins peuvent conduire cependant à de véritables néphrites. Lorsqu'on observe au microscope le sédiment urinaire frais, on constate parfois la disposition des cristaux en cylindres, ce qui atteste que la précipitation s'est faite dans les tubes urinifères, en plein parenchyme rénal. Cela peut présager la formation de calculs intrarénaux, mais pas forcément celle de néphrite.

Dans son remarquable rapport, M. Pasteur Vallery-Radot a cité très justement, comme méthode d'exploration de la fonction rénale, l'épreuve de la densimétrie urinaire, en opérant d'une façon répétée sur des échantillons urinaires fractionnés. Je tiens à signaler que cette méthode a fait l'objet de nombreux travaux en France ; moi-même, depuis 1924, y ai consacré une série de mémoires et M. Castaigne a bien voulu récemment insister sur son importance.

Cette méthode est inférieure à l'azotémie, à la constante et aux épreuves d'éliminations colorantes provoquées, mais elle est facile et peut être répétée un très grand nombre de fois.

**A propos de la lithiase urinaire et des maladies de la nutrition.** M. le Dr H. PAILLARD (de Vittel). En ce qui concerne la pathogénie de la lithiase urinaire, il y a indiscutablement une part diathésique, comme l'a bien exposé M. Guy Laroche. Les gravelles sont, neuf fois sur dix, d'origine diathésique (la pléthore est la cause de la gravelle uratique, l'alcalose est la cause de la gravelle phosphatique), mais l'infection intervient souvent pour transformer une gravelle en lithiase, parce que l'infection fournit un ciment (exsudat fibrino-leucocytaire, mucus) qui agglomère les grains. Il ne faut pas opposer diathèse et infection dans la pathogénie de la lithiase ; toutes deux ont une part importante et souvent parallèle ; les conceptions de M. Heitz-Boyer sont du plus haut intérêt et ne vont pas à l'encontre du rôle lithogène de la diathèse.

**A propos du radio-diagnostic des calculs urinaires.** — M. le professeur HOGGE (de Liège) — A l'appui de ce que vient de nous dire M. Belot, j'ai l'honneur de soumettre au Congrès quelques observations et radios qui me paraissent présenter de l'intérêt. Elles sont prises parmi beaucoup d'autres, et sont destinées à comparer ce que l'on obtient par les moyens habituels d'une part et par la voie endoveineuse d'autre part.

Nous avons fait à Liége de nombreuses applications d'urosélectous et d'abrodil intraveineux.

Le cas que je vous présente offre aussi des caractères de rareté : calcul dans un rein conique, bouillie calculeuse double, etc.

**A propos de la lithiase phosphatique.** — Dr H. PAILLARD (de Vittel). J'ai eu l'occasion d'observer un grand nombre de cas de lithiase phosphatique et voici les remarques que je désire présenter.

1° L'alcalinisation des urines par fermentation d'origine microbienne n'est pas l'unique cause de la lithiase phosphatique, comme on l'a cru pendant trop longtemps, et il n'est même pas certain que ce soit la principale cause.

A l'origine de l'immense majorité des lithiases phosphatiques il y a la sablo-phosphaturie, phénomène fréquent et banal chez les dyspeptiques, les surmenés nerveux, les névropathes de tous ordres ; cette sablo-phosphaturie existe en permanence ou par intermittence et peut durer presque indéfiniment ou tout au moins pendant de très longues années.

Que faut-il pour qu'un sablo-phosphaturique devienne un lithiasique ? Il faut que les grains isolés trouvent pour s'agglomérer un ciment ; ce ciment est représenté dans l'immense majorité des cas par un exsudat fibrino-leucocytaire au niveau des calices et du bassinet, par ce même élément ou par du mucus au niveau de la vessie. C'est souvent l'infection qui se trouvera fournir ce ciment et être cause de la lithiase, mais on voit que l'action lithogène du processus infectieux est un peu différente du mécanisme envisagé classiquement. Les deux mécanismes (précipitation des phosphates par alcalinisation de fermentation, soudure des grains par l'exsudat fribrino-leucocytaire) peuvent évidemment s'associer.

On sait que le staphylocoque est plus lithogène que le colibacille (Pillet de Rouen l'a bien montré) ; c'est sans doute parce que le staphylocoque plus que le colibacille sollicite les réactions leucocytaires.

J'ajoute toutefois que le processus d'édification calculeuse peut de toute évidence s'effectuer sans infection surajoutée lorsque la concentration des urines est excessive ou lorsque de petites congestions finement hématuriques du rein fournissent le ciment nécessaire.

2° Nous ne sommes pas aussi désarmés qu'on pourrait le croire contre la lithiase phosphatique, en ce qui concerne le traitement médical, et il ne faut pas penser que les malheureux sujets atteints de calculs de cette nature sont, une fois opérés, voués à la récidive inéluctable. J'ai vu des malades opérés quatre, six, dix fois pour une lithiase phosphatique récidivante et j'estime avoir enrayé souvent le processus lithiasique en appliquant le traitement suivant :

*a.* Cure de diurèse réalisée non pas seulement dans les stations de diurèse, mais aussi à domicile par l'absorption habituelle d'eau ou d'infusions diurétiques.

*b.* Médication antiseptique doucement conduite avec la formine (en laquelle mon ami Abrami n'a guère confiance, mais qui est tout de même difficilement remplaçable).

*c.* Médication bactérienne, de préférence par auto-vaccin ingérable, qui, s'il n'est pas toujours actif, n'a du moins aucun inconvénient.

*d.* Médication acidifiante, dont l'acide phosphorique représente l'élément essentiel.

En terminant, j'ajoute qu'il faut toujours analyser les calculs évacués spontanément ou retirés par intervention chirurgicale. Tel calcul, dur, rougeâtre, qui paraît volontiers être un calcul uratique, est parfois un calcul phosphatique teinté superficiellement par du sang ; de plus, il y a des calculs mixtes, partiellement phosphatiques, qu'il ne faut pas non plus méconnaître.

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

*Séance du 27 juin 1931.*

**Technique du sac respiratoire de M. H. Janet et Mlle M. Bochet, pour l'étude du métabolisme des nourrissons. Contrôle de la méthode.** — La méthode consiste à disposer le nourrisson dans un sac de tissu imperméable muni d'une fermeture éclair, la tête étant placée sous une cloche de verre amovible insérée dans le sac. Une tubulure latérale permet l'entrée de l'air. Le mélange gazeux est aspiré, au moyen d'une pompe électrique, à travers le circuit et refoulé dans un gazomètre. Un échantillon gazeux prélevé permet d'évaluer le métabolisme par l'analyse endiométrique.

L'exactitude de cette méthode a été contrôlée en vérifiant chaque élément du circuit et en éprouvant la technique elle-même dans les conditions normales d'une expérience de métabolisme. Le degré de précision des

appareils de mesures a été défini, en particulier pour l'eudiomètre, et des expériences de vérification très significatives ont été réalisées aux laboratoires du Collège de France, grâce à l'obligeance de M. le professeur André Mayer et de M. Plantefol : épreuves des produits de combustion alcoolique, expériences de métabolisme au moyen de la machine à respiration artificielle et d'un mélange gazeux titré. Ces essais ont prouvé l'exactitude de la méthode à 1 p. 1 000 près.

**Acidose salicylée.** — MM. HENRI BÉNARD et FÉLIX-PIERRE MERKLEN résument leurs recherches sur l'acidose secondaire à l'administration de salicylate de soude. Ils concluent à la réalité d'une acido-cétose salicylée, pouvant aller jusqu'à un véritable coma acétonémique ; mais cette acidose est relativement rare, exige une certaine prédisposition individuelle et ne semble pas devoir englober la totalité des phénomènes d'intolérance salicylée.

**Le pouvoir excréteur du tube digestif pour quelques substances organiques.** — MM. FÉLIX RAMOND, DIMITRESCO, POPOVICI et ZIZINE étudient l'élimination chez le lapin de l'urée, de l'urate de soude, de l'acide urique, de la bile et du glucose à travers la muqueuse du tube digestif. Comme pour les substances déjà expérimentées par les auteurs, l'urée, ses dérivés, la bile s'éliminent surtout par la muqueuse gastro-duodénale, puis par la muqueuse cæco-appendiculaire ; l'élimination par la muqueuse colique est beaucoup moins marquée ; elle est insignifiante pour la muqueuse de l'intestin grêle. Le glucose s'élimine surtout par l'estomac, et beaucoup moins par le cæco-appendice. La bile est excrétée en abondance par l'estomac et le cæco-appendice ; cependant, l'intestin grêle paraît ici jouer un rôle appréciable.

**Les modifications du glycogène hépatique et musculaire à la suite de l'absorption massive de glucose chez le chien normal soumis à des états divers. Alimentation mixte normale ou alimentation très riche en sucre.** — M. F. RATHERY et Mlle S. GIBERT rapportent que l'injection de doses massives de glucose dans le duodénum, comme l'ingestion de doses prolongées de saccharose ou de glucose, sont loin d'amener d'une façon constante une surcharge du foie ou des mucles en glycogène. Ce fait paraît au premier abord tout à fait paradoxal.

La mise en réserve du sucre amené au foie par le sang porte peut donc se faire sous forme de glycogène, mais cette mise en réserve sous cette forme est inconstante et est insuffisante pour représenter la seule modalité du phénomène.

Les variations du glycogène musculaire à la suite d'injection intraduodénale de glucose ou d'ingestion quotidienne et prolongée de saccharose et de glucose sont indépendantes des variations du glycogène hépatique. Comme celles-ci, du reste, elles sont inconstantes.

**Les modifications du glycogène hépatique et musculaire à la suite de l'absorption massive de glucose chez le chien en état d'inanition prolongée ou soumis à des injections de phlorizine.** — M. F. RATHERY et Mlle S. GIBERT ont vu que le chien soumis au jeûne prolongé, malgré la persistance d'une quantité encore importante de glycogène hépatique, peut à la suite d'une injection massive intraduodénale de glucose, emmagasiner en un très court laps de temps une quantité importante de glycogène, mais le phénomène est inconstant.

Chez le chien phlorizine dont le glycogène a en partie disparu, l'injection intraduodénale de glucose ne provoque que d'une façon inconstante et légère un accroissement du glycogène hépatique. La veine porte apporte au foie de grandes quantités de glucose qui doit y être transformé en une autre substance de réserve que le glycogène.

Le glycogène musculaire des chiens inanitiés ou phlorizinés subit des variations inconstantes sous l'influence de l'injection intraduodénale massive de glucose. Ces modifications sont indépendantes de celles du glycogène hépatique.

**L'intoxication chronique par le nitrate d'urane en injection quotidienne chez le lapin.** — MM. GARNIER et MAREK établissent que, sous le couvert de l'accoutumance, on peut arriver à faire supporter au lapin en injection sous-cutanée des quantités quotidiennes de nitrate d'urane s'élevant à 10 milligrammes par kilo, donc très supérieures à la dose habituellement mortelle. L'animal, qui ne paraît subir aucun dommage apparent, maigrit néanmoins, présente constamment de l'albuminurie (0gr,40 à 0gr,800 par jour), et de la glycosurie (6 grammes à 10 grammes par vingt-quatre heures) sans hyperglycémie. Vers la fin de sa vie, il offre quelques troubles nerveux (troubles de l'équilibre, parésie des membres) et succombe au bout de trois ou quatre mois sans avoir d'hyperazotémie. L'autopsie montre que la mort est due à des lésions complexes : début de sclérose rénale et hépatique, altérations du système nerveux (étudiées par M. Verne), atrophie des nerfs optiques (observée par M. Chaillous).

**Aspergillose expérimentale de la rate et splénectomie.** — MM. SENDRAIL, poursuivant ses recherches entreprises avec M. Nanta, rappelle qu'il est possible de déterminer chez le chien une splénite hypertrophique sidérogène, par inoculation directe dans la rate de diverses souches aspergillaires, dont certaines n'étaient pas jusqu'ici réputées pathogènes. Après une incubation de vingt à quarante jours, l'animal présente une dénutrition rapide avec déglobulisation intense. Des hémorragies gastro-intestinales sont observées au cours de la phase ultime et la mort se produit en pleine cachexie, deux à trois mois après l'intervention. L'autopsie révèle des nodules de mycétome disséminés dans tout le parenchyme. La sidérose se caractérise surtout par une imbibition des macrophages qui englobent les spores. La vitalité des éléments mycéliens est attestée par le succès des rétrocultures. Or, l'extirpation de la rate s'est révélée capable d'arrêter les progrès de l'anémie splénique expérimentale : elle suffit à déterminer une reprise de poids, un retour à la normale du taux globulaire et la suspension des entérorragies. Ces nouveaux faits confirment la similitude des caractères évolutifs entre la maladie provoquée et la mycose splénomégalique humaine.

**Echecs des essais d'inoculation du bacille tétanique au niveau de plaies de la muqueuse digestive des cobayes.** — MM. R. KAUFMANN et M. GALÉA ont réalisé des interventions sur le tube digestif de cobayes (gastrotomies, gastrectomies partielles, opérations sur la muqueuse anale). Ces animaux reçurent des spores ou des bacilles tétaniques dans leur tube digestif, par conséquent au contact des

plaies de la muqueuse. En général, 1 tétanos ne se déclare pas.

**Neurotropisme du virus syphilitique.** — MM. C. Levaditi, A. Vaisman et Mlle R. Schoen ont cherché à préciser sur des animaux réceptifs tels que le singe, le lapin et la souris, les facteurs qui déterminent la localisation névraxique du virus syphilitique par: 1° l'inoculation directe de tréponèmes dans l'encéphale ou dans l'espace sous-arachnoïdien ; 2° l'étude de la virulence du névraxe d'animaux syphilisés par inoculation sous-scrotale ou intratesticulaire.

Ils concluent de leurs recherches que, si le virus syphilitique se localise fréquemment dans le névraxe chez les animaux contaminés par des inoculations testiculaires (lapin) ou sous-cutanées (souris), par contre il se montre généralement inoffensif pour le système nerveux lorsqu'on le met tout d'abord en contact avec l'encéphale: il disparaît en effet très rapidement, après la dix-septième heure.

Les auteurs pensent que, pour qu'il y ait contamination névraxique, le virus doit avoir accompli son cycle évolutif ailleurs que dans l'encéphale ou la moelle épinière : le germe serait incapable de s'adapter d'emblée au névraxe sous sa forme spirochétienne végétative. Le système nerveux ne se laisserait vaincre et envahir que par la forme infravisible, qui précisément assure la continuité de l'état d'infection chronique inapparente, si propre à la syphilis.

**Isolement en culture des bacilles acido-résistants issus de l'ultravirus tuberculeux en partant de cobayes traités, par des injections d'extrait acétonique de bacilles de Koch.** — MM. L. Nègre, J. Valtis et A. Saenz ont traité, par des injections d'extrait acétonique de bacilles de Koch, des cobayes inoculés sous la peau avec le filtrat sur bougie Chamberland L[1] d'un liquide pleurétique purulent.

Alors que les bacilles acido-résistants issus de l'ultravirus tuberculeux ne se laissent généralement pas cultiver ils ont pu isoler sur milieu de Löwenstein un bacille à caractères spéciaux qu'ils étudieront dans un travail ultérieur. Mais ils signalent dès maintenant l'action que les injections d'extrait acétonique de bacilles de Koch paraissent exercer sur l'aptitude des bacilles acido-résistants issus de l'ultravirus tuberculeux à se laisser cultiver.

**Sur la perméabilité de la muqueuse digestive du cobaye adulte aux bacilles biliés de Calmette-Guérin (BCG).** — M. Renato da Blasio a vu que la muqueuse intestinale des cobayes adultes peut être régulièrement franchie par le BCG administré *per os*. A partir du cinquième jour, on trouve des bacilles acido-résistants dans tous les organes où ils peuvent rester vivants et cultivables jusqu'au troisième mois.

Le milieu de Petragnani à l'asparagine s'est montré supérieur au milieu de Petroff pour la culture du BCG à partir des organes.

**L'acide lactique ne rend pas le BCG virulent.** — M. T. de Sanctis Monaldi a répété les expériences de Much qui prétend que l'inoculation intrapéritonéale de 5 milligrammes de BCG cultivé sur milieu de Hohn et mélangé à de l'acide lactique à 1 p. 100, détermine chez certains animaux une tuberculose extrêmement grave de l'épiploon. Il conclut de ses expériences que non seulement l'acide lactique n'augmente pas la virulence du BCG inoculé par voie péritonéale, mais que cette association détermine des lésions moins importantes que le BCG seul.

**Aspects de l'infection bacillaire provoquée par l'ultravirus tuberculeux inoculé en série par voie lymphoganglionnaire.** — M. C. Ninni conclut de ses recherches que l'inoculation au cobaye par voie lympho-ganglionnaire de petites quantités de filtrats tuberculeux détermine, quand on effectue des passages tous les dix jours, des formes d'infection aiguë, en général bacillaires, mortelles ou non. Quand on effectue les passages tous les mois, l'inoculation provoque des formes de tuberculose chronique atténuée.

Ces deux formes d'infection sont régulièrement obtenues avec les filtrats d'organes de cobayes morts de tuberculose en cinq à six semaines ; elles s'obtiennent moins facilement et d'une manière moins nette avec les filtrats de produits pathologiques humains (crachats, liquides pleuraux) ; et elles sont assez difficilement et incomplètement provoquées par l'inoculation de filtrats de cultures en milieu de Sauton, en particulier de filtrats de cultures de bacilles peu pathogènes.

Les bacilles de Koch que l'on isole des lésions manifestement tuberculeuses ainsi obtenues sont du même type que les bacilles originels soumis à la filtration, mais d'une virulence très atténuée.

**Formes cachées de tuberculose dans la lèpre humaine.** — MM. C. Ninni et T. de Sanctis Monaldi ont vu que l'inoculation directe de produits lépreux dans les ganglions lymphatiques du cobaye peut constituer une voie d'élection pour l'étude expérimentale de la lèpre : il convient de ne pas retenir comme lésions lépreuses expérimentales les hypertrophies ganglionnaires et les nodules locaux ou éloignés obtenus après inoculation des produits lépreux. En effet, l'inoculation par voie ganglionnaire de produits lépreux apparemment purs peut révéler des formes atypiques de tuberculose qui paraissent très fréquentes dans la lèpre.

**Présence du virus de la lymphogranulomatose inguinale (maladie de Nicolas et Favre) dans les organes des singes inoculés par voie intracérébrale.** — MM. C. Levaditi, P. Ravaut, P. Lépine et Mlle R. Schoen ont recherché la virulence des organes d'un singe inoculé par voie intracérébrale avec l'ultravirus de la maladie de Nicolas et Favre, et ayant succombé à cette maladie. Ils ont pu constater que le virus ne reste pas confiné dans le névraxe : le foie, la rate, le rein, la moelle osseuse et les ganglions lymphatiques prélevés au moment de la mort, quatorze jours après l'inoculation intracérébrale, se montrent virulents pour le singe. Par contre, le sang, examiné au même moment, ne paraît pas contenir une quantité suffisante de germes pour conférer la maladie aux simiens réceptifs.

**Action de l'oléate de soude sur les sérums hétérologues et sur leur passage transplacentaire.** — MM. L. Nattan-Larrier et L. Richard rapportent que l'oléate de soude facilite le passage transplacentaire des sérums hétérologues, même lorsqu'il leur est mélangé en très faible proportion. Les savons n'exercent pas seulement leur action lorsqu'ils sont mélangés directement aux sérums injectés à la femelle pleine : ils peuvent agir également

lorsqu'ils sont injectés à l'animal vingt-quatre à quarante-huit heures avant ou après les sérums, ou encore lorsqu'ils ne sont pas introduits dans l'organisme maternel par la même voie qu'eux.

F.-P. MERKLEN.

## SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

*Séance du 15 mai 1931.*

**Sur la technique de la gastrectomie.** — M. PEUGNIEZ a fait sa première gastrectomie en 1893 et ses quatre premiers opérés ont guéri. La technique alors employée était la suture par points séparés à la soie plate, fine, avec l'aiguille de Reverdin ; l'estomac était suturé au duodénum. Actuellement, l'auteur fait des résections étendues avec suture du duodénum d'une part, de l'estomac d'autre part, et gastro-entérostomie.

**Un cas d'associations dysmorphiques.** — MM. DUFOURMENTEL et MASSART font un rapport sur un travail de M. Henri-Fischer (de Bordeaux). L'enfant, dont l'observation est complètement étudiée, présente des malformations de la face, du cou, du rachis et des membres avec une intelligence normale pour ses quatorze ans. Les auteurs montrent l'importance de la syphilis héréditaire dans la pathogénie des malformations et signalent sa présence presque constante si l'on interroge avec soin non seulement le passé du père et de la mère, mais aussi des grands-parents.

**Hémophilie et muscle d'oiseau.** — M. MILLET fait un rapport sur un travail de M. F. CLÉMENT (de Briey). A la suite d'une avulsion dentaire, un enfant de neuf ans, hémophile, fit une hémorragie qui ne fut arrêtée que par l'application d'un fragment de muscle de coq. Cette méthode, courante en neuro-chirurgie, a permis à l'auteur de juguler une hémorragie grave alors que les procédés classiques d'hémostase avaient échoué. Ce procédé semble être applicable à de nombreux cas de chirurgie courante.

**De l'association de la chirurgie et de la protéinothérapie spécifique des cancers.** — M. RUBENS-DUVAL. — La protéinothérapie spécifique des cancers, fondée sur les réactions de l'organisme, utilise des globines extraites des tumeurs malignes. Bien mieux que les traitements par le radium ou par les rayons X, elle est le complément des interventions chirurgicales. La chirurgie et la radiothérapie sont des traitements locaux, destructeurs, rapides, non spécifiques. La protéinothérapie est un traitement général, régulateur, de très longue durée et très exactement spécifique. Elle ne gêne point l'action chirurgicale ; mais au contraire, elle la prépare et l'achève, ainsi que le prouvent les observations rapportées.

**Tumeur carcinoïde de l'appendice.** — M. LUQUET communique un cas de cette lésion rare qu'il a observé chez une femme de trente-sept ans, opérée pour une autre maladie et qui n'avait jamais présenté aucun signe pouvant attirer l'attention du côté de l'appendice. Ce fut purement une trouvaille opératoire.

**Luxation ancienne du coude en arrière compliquée de fracture du condyle externe.** — M. JUDET a opéré un enfant de neuf ans présentant depuis deux mois une luxation du coude en arrière ; le coude était ankylosé en extension et la radiographie montrait une fracture du condyle. Par la voie trans-olécranienne, l'auteur a pu remettre les os en place, y compris le condyle. Le coude fut immobilisé à 90° dans un appareil plâtré. Au bout de six mois, le coude a retrouvé de la mobilité.

**Appendicite herniaire aiguë.** — M. BRESSOT (de Constantine) communique l'observation suivante : symptomatologie identique à celle d'une hernie inguinale étranglée banale ; à l'opération, on trouve dans le sac herniaire du pus, un calcul stercoral et un volumineux appendice très altéré ; plaie laissée ouverte. Apparition au neuvième jour d'une fistule caecale, fermée spontanément en un mois. Guérison.

**Double hernie inguinale. Torsion de l'épiploon à droite. Opération. Guérison.** — M. JUVARA (de Bucarest) communique l'observation d'un homme de cinquante-quatre ans opéré par lui d'une hernie inguinale droite, étranglée depuis quatre jours. Observation rare pour deux raisons : 1° tumeur volumineuse, de dimension d'un gros œuf d'autruche, présentant une consistance d'ouate, volume et mollesse dus à une très abondante infiltration œdémateuse des tissus péri sacculaires ; 2° le sac contenait seulement une longue frange épiploïque, tordue au niveau d'un mince pédicule et en état de momification noire et dure comme du bois.

**L'ouverture large du genou dans le traitement des lésions synoviales, capsulaires, ligamenteuses et méniscales.** — M. RAPHAEL MASSART présente trois opérés qui marchent facilement et ont un genou solide et mobile. L'arthrotomie faite selon la technique de Putti a permis la mobilisation précoce. L'auteur insiste sur l'importance des soins post-opératoires au point de vue du résultat final et conseille de faire des arthrotomies larges si l'on veut traiter complètement les lésions articulaires.

**Cancer primitif du vaccin.** — M. THÉVENARD présente la pièce opératoire d'un cancer primitif du vagin ayant envahi circulairement tout l'organe en avant du col utérin qui était resté indemne. Cette pièce comprend l'utérus et les annexes qui ont été enlevés par voie périnéo-abdominale. La tumeur est du type papillaire et présente une grande malignité : le pronostic éloigné doit donc être très réservé.

**Corps étranger articulaire.** — M. JUDET présente un corps étranger du genou extrait sous anesthésie locale pour arthrotomie au niveau du cul-de-sac externe de la synoviale. Cette « souris articulaire » apparaissait par intermittences. La pièce, purement cartilagineuse, a un centimètre carré de surface, 4 millimètres d'épaisseur. Son origine paraît être en rapport avec une entorse violente subie six mois auparavant.

**Charlot pour le transport des malades couchés dans leur lit. Fauteuil pour le transport des malades.** — M. JUVARA (de Bucarest) présente ces instruments et montre leur utilité pour le transport des malades.

# NOUVELLES

**Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu-professeur :** M. PAUL CARNOT. — *Cours de vacances* 1931.

I. PREMIER COURS (7 septembre-18 septembre 1931), sous la direction de M. Henri BÉNARD, agrégé, médecin des hôpitaux. — *Maladies de la nutrition, du foie, du pancréas et de la rate.*

*Lundi* 7 *septembre.* — 10 h. 30 : Dr Henri Bénard, agrégé, médecin des hôpitaux, Métabolisme des sucres. Syndromes d'hyper ou d'hypoglycémie. — 2 h. 30 : Dr Rudolf, ancien chef de clinique, Formes cliniques du diabète.

*Mardi* 8 *septembre.* — 10 h. 30 : Dr Coury, ancien chef de clinique adjoint, Les infections et la tuberculose des diabétiques. — 3 h. 30 : Dr Froment, Conduite du traitement par l'insuline.

*Mercredi* 9 *septembre.* — 10 h. 30 : Dr Lenormand, chef de clinique, L'acidose. Traitement du coma acidosique. — 2 h. 30 : Dr Bénard, Métabolisme des graisses. Les obésités glandulaires.

*Jeudi* 10 *septembre.* — 10 h. 30 : Dr Lambling, chef de clinique, Métabolisme des protides : diathèse urique, oxalique. Pathogénie de la goutte. — 2 h. 30 : Dr Libert, ancien chef de clinique, Pancréatites aiguës et pancréatites chroniques.

*Vendredi* 11 *septembre.* — 10 h. 30 : Dr Boltauski, chef de clinique, Les ictères du nouveau-né et les ictères congénitaux. — 2 h. 30 : Dr Thiroloix, interne médaille d'or des hôpitaux. Les ictères néoplasiques.

*Samedi* 12 *septembre.* — 10 h. 30 : Dr Augier, interne des hôpitaux, Les hépatites alcooliques, notions nouvelles sur la pathogénie des ascites. — 2 h. 30 : Dr Dumont, ancien chef de clinique, Les ictères infectieux. Spirochétose ictéro-hémorragique.

*Lundi* 14 *septembre.* — 10 h. 30 : Dr Rachet, chef de clinique, Les hépatites syphilitiques. — 2 h. 30 : Dr Bouttier, ancien chef de clinique, Les hépatites dysentériques.

*Mardi* 15 *septembre.* — 10 h. 30 : M. Amy (de Bruxelles), assistant du service, Les foies cardiaques. — 2 h. 30 : Dr Dumont, ancien chef de clinique, Les angiocholécystites.

*Mercredi* 16 *septembre.* — 10 h. 30 : Dr Libert, ancien chef de clinique, Le tubage duodénal chez les biliaires. — 2 h. 30 : Dr Delafontaine, chef de clinique, Insuffisance hépatique.

*Jeudi* 17 *septembre.* — 10 h. 30 : M. Delaporte, interne du service, Lithiase du cholédoque. — 2 h. 30 : Dr Bouttier, ancien chef de clinique. Lithiase vésiculaire.

*Vendredi* 18 *septembre.* — 10 h. 30 : Dr E. Chabrol, agrégé, médecin des hôpitaux. Traitement de la lithiase biliaire. — 2 h. 30 : Dr Lenormand, chef de clinique. Les splénomégalies primitives. Maladie de Banti.

II. VOYAGES D'ÉTUDES A VICHY (les samedi 19 et dimanche 20 septembre), sous la direction de MM. CHABROL et BÉNARD, agrégés. — Entre les deux cours aura lieu un voyage d'études à Vichy, avec conférences sur les traitements hydrominéraux dans le diabète, les maladies du foie et les maladies digestives.

Ce voyage est réservé aux auditeurs de chacun des deux cours.

III. COURS DE SEPTEMBRE ET D'OCTOBRE (21 septembre-3 octobre), sous la direction de M. Etienne CHABROL, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. — *Gastro-entérologie.*

*Lundi* 21 *septembre.* — 10 h. 30 : Dr Dufourmentel, L'endoscopie œsophagienne : applications au diagnostic et au traitement du cancer de l'œsophage. — 2 h. 20 : M. Deval, L'épreuve de l'histamine. Le tubage duodénal en pathologie digestive.

*Mardi* 22 *septembre.* — 10 h. 30 : Mlle Marguerite Tissier, Cytologie gastrique. Recherche des parasites intestinaux. — 2 h. 30 : Dr Lagarenne, Radiologie des ulcères digestifs.

*Mercredi* 23 *septembre.* — 10 h. 30 : Dr Boltanski, Les ulcères et les sténoses médio-gastriques. — 2 h. 30 : Dr Lenormand, Les ulcères pyloro-duodénaux.

*Jeudi* 24 *septembre.* — 10 h. 30 : Dr Henri Bénard, Formes anatomo-cliniques du cancer de l'estomac. — 2 h. 30 : Dr Delafontaine, Les manifestations gastriques de la lithiase biliaire.

*Vendredi* 25 *septembre.* — 10 h. 30 : Dr Bouttier, Atonie, dilatation, ptoses de l'estomac. — 2 h. 30 : Dr Thiroloix, Les crises digestives du tabes.

*Samedi* 26 *septembre.* — 10 h. 30 : Dr Etienne Chabrol. La conception moderne des gastrites. — 2 h. 30 : Dr Etienne Fatou, Les éventrations et les hernies diaphragmatiques.

*Lundi* 28 *septembre.* — 10 h. 30 : Dr Dumout, Les infections hépatiques et rénales d'origine digestive. — 2 h. 30 : Dr Libert, Sémiologie et traitement des diarrhées chroniques.

*Mardi* 29 *septembre.* — 10 h. 30 : Dr Delaporte, Séméiologie de la constipation et de la stase intestinale chronique. — 2 h. 30 : Dr Rachet, Les colites parasitaires.

*Mercredi* 30 *septembre.* — 10 h. 30 : Dr Froment. Les diarrhées des tuberculeux. — 2 h. 30 : Dr Arnaudet, Formes cliniques de l'entéro-colite muco-membraneuse.

*Jeudi* 1er *octobre.* — 10 h. 30 : Dr Dioclès, Radiologie des sténoses de l'intestin. — 2 h. 30 : Dr Jacquet, Formes cliniques de l'appendicite.

*Vendredi* 2 *octobre.* — 10 h. 30 : Dr Coury, Manifestations digestives de l'aortite abdominale. — 2 h. 30 : Dr Lambling, Les tumeurs recto-sigmoïdiennes.

*Samedi* 3 *octobre.* — 9 h. 30 : Dr Friedel, Rectoscopie, Traitement des hémorroïdes. — 10 h. 30 : Dr Carnot, Les périviscérites d'origine digestive.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 250 francs pour un cours et de 450 francs pour les deux cours.

Seront admis les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement de droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet no 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

**Cours de perfectionnement du 13 août au 12 septembre 1931 (Clinique Baudelocque).** — *Lundi* 31 *août.* — 9 h. 30 à 11 heures : Mme Anchel-Bach, Examen de femmes en travail. — 11 heures à midi : M. Lacomme, Conduite à tenir pendant l'accouchement et la délivranee.

*Mardi* 1er *septembre.* — 9 h. 30 à 11 heures : M. Laennec, Examens de femmes enceintes. — 11 heures à midi :

## NOUVELLES *(Suite)*

M. Digonnet, Complications de la délivrance. — 14 h. 30 : M. Digonnet, Forceps dans les variétés directes (en O. P. et en O. S.).

*Mercredi 2 septembre.* — 9 h. 30 à 11 heures : M. Digonnet, Examens de femmes en travail. — 11 heures à midi : M. Lacomme, Présentations de malades. — 14 h. 30 : M. Ravina, Diagnostic et traitement des hémorragies pendant la gestation.

*Jeudi 3 septembre.* — 9 h. 30 à 11 heures : L. Lacomme, Visite au Pavillon Tarnier. — 11 heures à midi : M. Digonnet, Discussions d'observations. — 14 h. 30 : M. Digonnet, Diagnostic et traitement des viciations pelviennes. — 15 h. 30, M. Merger, Forceps dans les variétés transverses et obliques postérieures.

*Vendredi 4 septembre.* — 9 h. 30 à 11 heures : Mme Anchel-Bach, Visite à l'isolement. — 11 heures à midi : M. Digonnet, Diagnostic et traitement des viciations pelviennes. — 14 h. 30 : M. Mayer, Forceps dans les présentations de la face et du front.

*Samedi 5 septembre.* — 9 h. 30 à 11 heures : M. Digonnet, Visite dans les suites de couches. — 11 heures à midi : M. Lacomme, Diagnostic et traitement des anomalies de la dilatation. — 14 h. 30 : M. Mayer, Visite du Musée. — 15 h. 30 : Mme Anchel-Bach, Extraction de siège.

*Lundi 7 septembre.* — 9 h. 30 à 11 heures : M. Digonnet, Examens de femmes enceintes. — 11 heures à midi : Mme Anchel-Bach, Albuminurie et éclampsie. — 14 h. 30 : M. Leannec, Version par manœuvres internes.

*Mardi 8 septembre.* — 9 h. 30 à 11 heures : Mme Anchel-Bach, Examens de femmes enceintes. — 11 heures à midi : M. Digonnet, Tumeurs au cours de la gestation et de l'accouchement. — 14 h. 30 : M. Sureau, Dilatation artificielle du col. Ballons de Champetier de Ribes.

*Mercredi 9 septembre.* — 9 h. 30 à 11 heures : M. Digonnet, Examens de femmes en travail. — 11 heures à midi : M. Lacomme, Présentations de malades. — 14 h. 30 : Mme Anchel-Bach, Complications de l'avortement. — 15 h. 30 : M. Sureau, Embryotomie rachidienne.

*Jeudi 10 septembre.* — 9 h. 30 à 11 heures. M. Lacomme, Visite à l'isolement. — 11 heures à midi : M. Digonnet, Discussion d'observations. — 14 h. 30 : M. Seguy, Diagnostic et traitement des infections puerpérales. — 15 h. 30 : M. Laennec, Basiotropsie.

*Vendredi 11 septembre.* — 9 h. 30 à 11 heures : M. Digonnet, Visite dans les suites de couches. — 11 heures à midi : M. Lacomme, Soins à donner au nouveau-né, allaitement. — 14 h. 30 : M. Séguy, Lésions des voies génitales au cours de l'accouchement et leur traitement.

*Samedi 12 septembre.* — 9 h. 30 à 11 heures : Mme Anchel-Bach, Examens de femmes enceintes. — 11 heures à midi : M. Powilewiez, Diagnostic et traitement de la syphilis maternelle-fœtale et infantile. — 14 h. 30 : M. Mayer, Visite au Musée. — 15 h. 30 : M. Laennec Mort apparente du nouveau-né.

**Cours de vacances sur la tuberculose infantile. Enseignement complémentaire.** — Le Dr P.-F. Armand-Delille fera, du mardi 1er septembre au mardi 15 septembre 1931, dans son service d'enfants de l'hôpital Hérold, avec le concours du Dr Deliencourt, assistant de radiologie, un cours pratique de perfectionnement sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des principales formes de la tuberculose infantile et en particulier, sur le pneumothorax thérapeutique et la cure héliothérapique, ainsi que sur l'assistance médico-sociale à l'enfant tuberculeux, la préservation de l'enfance contre la tuberculose et la vaccination de Calmette.

Leçon chaque matin, à 10 h. 30, à l'hôpital Hérold (place du Danube, Paris (XIXe), suivie d'examens cliniques dans les salles d'examens radioscopiques et de recherches de laboratoire.

Prix de l'inscription : 150 francs.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Une visite aux foyers de placement et aux centres d'élevage de l'Œuvre Grancher sera organisée pour les élèves qui le désireront.

**Journées médicales coloniales.** — Du 22 au 31 juillet 1931, se tiendront à Paris, au Palais des Congrès de l'Exposition coloniale internationale, les Journées médicales coloniales.

A cette occasion, des démonstrations de matériel sanitaire militaire exposées à la Section des Forces d'outre-mer seront organisées pour les officiers du service de santé à des dates qui seront fixées ultérieurement.

Les médecins officiers de réserve, désireux d'assister à ces Journées médicales, recevront une convocation par les soins du directeur du Service de santé de leur région d'affectation. Cette convocation leur donnera droit au bénéfice du tarif militaire sur les chemins de fer, à l'exclusion de toute solde ou indemnités.

La participation des médecins de réserve à cette manifestation leur sera comptée comme période d'instruction, sans solde, et venant en déduction de la durée totale des périodes fixées par l'article 49 de la loi sur le recrutement de l'armée, mais elle ne sera pas considérée comme période exigée pour l'avancement.

Les médecins officiers de réserve ainsi convoqués devront se présenter le jour de leur arrivée à la Direction du service de santé de la région de Paris (Hôtel des Invalides), où il leur sera fait connaître le lieu où ils devront signer quotidiennement, matin et soir, une liste d'émargement.

Pour pouvoir prendre part aux Journées médicales coloniales et afin de bénéficier des avantages ci-dessus exposés, les médecins officiers de réserve devront justifier du versement de leur cotisation. Celles-ci sont fixées ainsi :

Membres actifs : 100 francs ;

Membres associés (famille des congressistes, étudiants, etc.) : 50 francs.

Le montant des cotisations devra être adressé au compte chèques postaux : Paris 1547, Le Comité d'organisation des Journées médicales, 112, boulevard Haussmann, Paris (VIIIe) ou par chèque barré au trésorier : Dr Léon Giroux, 3, rue Saint-Philippe-du-Roule, à Paris.

Tous renseignements complémentaires relatifs à l'organisation et au programme de ces Journées médicales seront fournis aux officiers à la Direction du Service de santé de leur région.

**Le IIe Congrès international de la lumière** aura lieu à Copenhague du 15 au 18 août 1932, sous la présidence du Dr A. Reyn. Il a pour but l'étude de toutes les ques-

# NOUVELLES *(Suite)*

tions relatives aux recherches biophysiques de la lumière et de l'emploi thérapeutique de la lumière.

Tout médecin ou physicien peut se faire inscrire comme membre.

Les questions suivantes seront mises à l'ordre du jour :

*Le rôle du pigment dans la biologie de la lumière et dans l'effet thérapeutique des bains de lumière.* — Rapporteurs : M. Brody (France), et M. Miescher (Suisse).

*Comment l'effet des bains de lumière dans la tuberculose peut-il s'expliquer.* — Rapporteurs : Sir Henry Gauvain (Angleterre) et M. Jseionek (Allemagne).

*Bases et organisation des recherches hélioclimatiques en relation avec les mesures d'hygiène publique.* — Rapporteurs : M. W. Hausmann (Autriche) et M. A. Rollier (Suisse).

Compte rendu du Comité international de fixation d'une unité de mesure pour les rayons ultra-violets, présenté par M. Saidman (France).

En outre, tout membre du Congrès pourra faire une communication sur un sujet librement choisi en relation avec le but du Congrès, exprimé dans le règlement.

Tout renseignement ultérieur concernant le Congrès sera donné par le secrétaire général, le Dr A. Kissmeyer, Finsens Lysinstitut, Strandboulevarden, Copenhague.

**Service de santé.** — Par décret du 22 juin 1931, sont promus dans le corps de santé militaire et, par décision ministérielle du même jour, sauf indications contraires, maintenus dans leur affectation actuelle les officiers ci-après désignés :

*Au grade de médecin colonel.* — Les médecins lieutenants-colonels (à dater du 24 juin 1931) : M. Carayon (Maurice), ministère de la Guerre, direction du service santé, en remplacement de M. Douzans, retraité.

(A dater du 25 juin 1931) : M. Fadeuilhe (Joseph-Victor-Emmanuel-Henri), salles militaires de l'hospice mixte de Montpellier et président de commission de réforme, en semplacement de M. Duffau, retraité ;

M. Schnæbelé (Auguste-René), troupes du Maroc, en remplacement de M. Gorisse, promu.

(A dater du 30 juin 1931) : M. Talabère (Henri-Nestor-Blaise-Jean), hôpital militaire Maillot à Alger et président de commission de réforme. Maintenu et désigné comme médecin-chef, en remplacement de M. Mahaut, retraité.

*Au grade de médecin lieutenant-colonel.* — Les médecins commandants (à dater du 25 juin 1931) : M. Grenier (Jean-Clément-Sylvain), 34e régiment d'aviation, le Bourget. Affecté aux salles militaires de l'hospice mixte de Compiègne. Désigné comme médecin-chef et président de commission de réforme, en remplacement de M. Cot, placé hors cadres (service).

M. Dizac (Pierre), médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Tarbes. Maintenu et désigné comme président de commission de réforme, en remplacement de M. Métoz, retraité.

M. Jacquemart (Jean-Joseph), section technique du service de santé, en remplacement de M. Sorel, retraité.

M. Anglade (François-Laurent-Marcel), médecin des hôpitaux militaires, hôpital militaire Dominique-Larrey, à Versailles. Maintenu et désigné comme président de commission de réforme, en remplacement de M. Marvy, retraité.

M. Augé (Augustin-Joseph), chirurgien et spécialiste des hôpitaux militaires, salles militaires de l'hospice mixte de Montpellier, en remplacement de M. Carayon, promu.

M. Izard (Louis-Marie-Jules-Antoine), médecin des hôpitaux militaires, hôpital militaire de Toulouse, laboratoire de bactériologie, en remplacement de M. Fadeuilhe, promu.

M. Junquet (Henri-Xavier-Joseph), médecin des hôpitaux militaires, hôpital militaire Bégin à Saint-Mandé, en remplacement de M. Schnæbelé, promu.

(A dater du 30 juin 1931) : M. Lambert des Cilleuls (Jean-Marie-Auguste-Félicien), hôpital militaire de Belfort. Maintenu et désigné comme président de commission de réforme, en remplacement de M. Talabère, promu.

*Au grade de médecin commandant.* — Les médecins capitaines (à dater du 24 juin 1931) : (Ancienneté.) M. Godard (Pierre-Alexandre-Louis), 18e régiment de chasseurs à cheval Haguenau. Affecté au 508e régiment de chars à Lunéville. Attendra l'arrivée de son successeur, en remplacement de M. Vigneau, retraité (service).

(Choix.) M. Givry (Yves-René), troupes du Maroc, en remplacement de M. Duprey Le Mansois, retraité.

(Ancienneté.) M. Cayotte (Narcisse-Antoine-Emile), troupes de Tunisie, en remplacement de M. Bresson, retraité.

(Choix.) M. Poirier (André-Pierre-Charles-Joseph), hôpital militaire de Rennes, en remplacement de M. Chambelland, retraité.

(A dater du 25 juin 1931) : (Ancienneté.) M. Cuny (Edouard-Joseph-Marie-Paul), région de Paris, en remplacement de M. Pierrot, retraité.

(Choix.) M. Plonquet (Emile-Félix-Marie), direction du service de santé de la 15e région, Marseille. Maintenu provisoirement, en remplacement de M. Rougeux, retraité.

(Ancienneté.) M. Leroux (Julien-Jean-Vincent), direction du service de santé de la 4e région, Le Mans, en remplacement de M. Grenier, promu.

(Choix.) M. Thiriou (Jules-Marie-Joseph-Pierre), 23e régiment d'infanterie à Haguenau, en remplacement de M. Dizac, promu.

(Ancienneté.) M. Ruzié (Marcel-Jean-Léon), 19e corps d'armée, en remplacement de M. Jacquemart, promu.

(Choix.) M. Pierron (Louis-Marie-François-André), 12e régiment d'aviation, Reims, en remplacement de M. Anglade, promu.

(Ancienneté.) M. Darlay (François-Marie-Joseph), 81e régiment d'infanterie, Béziers. Affecté au 6e régiment de tirailleurs marocains à Montélimar, en remplacement de M. Augé, promu (service).

(Choix.) M. Sabrié (Lucien-Emile-François-René), section technique du service de santé, en remplacement de M. Izard, promu.

(Ancienneté.) M. Cier (Henri-Aristide-Jacques), salles militaires de l'hospice mixte de Besançon, en remplacement de M. Junquet, promu.

(A dater du 30 juin 1931) : (Choix.) M. Messein (Gustave-Marie-Léon), 363e régiment d'artillerie, Draguignan, en remplacement de M. Lambert des Cilleuls, promu.

*Au grade de médecin capitaine.* — Les médecins lieutenants (à dater. du 25 juin 1931) : 3e tour (ancienneté).

## NOUVELLES *(Suite)*

M. Espinasse (Jeau), 4e régiment d'artillerie, Colmar, en remplacement de M. Deehezelle, retraité (figure au tableau d'avaucement de 1931).

1er tour (aneienneté). M. Campredon (Adrien-Henri-Hippolyte), 10e bataillon de chasseurs à pied, à Saverne, en remplacement de M. Estival, démissionnaire (figure au tableau d'avancement de 1931).

2e tour (ehoix). M. Lanore (René-Louis-Gabriel), 403e régiment d'artillerie de défense eontre aéronefs, Toul, en remplaeemcnt de M. Noyer, démissionnaire.

3e tour (aneienneté). M. Cosset (Mauriee-Claude-Yvanl), 173e régiment d'infanterie, Corté, en remplaeement de M. Godard, promu (figure au tableau d'avancement de 1931).

1er tour (aneienneté). M. Morin (Louis-Victor), 19e corps d'armée, en emplacement de M. Givry, promu (figure au tableau d'avancement de 1931).

2e tour (ehoix). M. Vergez (Joseph-Julien-Roger), 505e régiment de ehars de combat, Vannes, en remplacement de M. Cayotte, promu.

3e tour (ancienneté), M. Oudjari (Louis-Alfred), 21e régiment de tirailleurs algériens, Epinal, eu remplaeement de M. Poirier, promu (figure au tableau d'avancement de 1931).

1er tour (aneienneté). M. Lacorre (Camille), 150e régiment d'infanterie, Verdun, en remplaeement de M. Cuny, promu (figure au tableau d'avancement de 1931).

2e tour (choix). M. Ravel (Georges-Marie-Paul), hôpital militaire de Belfort, Affecté aux troupes du Maroc, en remplaeemcnt dc M. Plonquet, promu (serviee).

3e tour (ancienneté). M. Poneelet (Jaeques-Joseph-Julien), troupes du Maroc, en remplacement de M. Leroux, promu (figure au tableau d'avancement de 1931).

1er tour (aucienneté). M. Delaby (Jean-Charles-Albert) hôpital militaire thermal d'Amélie-les-Bains, en remplaeemcnt de M. Thirion, promu (figure au tableau d'avancement de 1931).

2e tour (ehoix). M. Wiltz (Charles-Etienne-Eugène), 4e régimcut d'infanterie à Auxerre, cu cmplacement de M. Ruzié, promu.

3e tour (aneienneté). M. Bernard (Antonin-Henri-François), troupes de Tunisie, en cmplàcement de M. Pierron, promu (figure au tableau d'avancement de 1931).

1er tour (aneienneté). M. Tête (Jean-Henri), troupes du Levant, en remplacement de M. Darlay, promu (figure au tableau d'avaucement de 1931).

2e tour (choix). M. Charles (Henri-René), 18e régiment de chasseurs à cheval, Sarreguemiues. Affecté aux troupes du Maroc, en remplacement de M. Sabrié, promu (service).

3e tour (aucienneté). M. Olivier (Jean-Emile-Félix-Marie), troupes du Maroc, en remplacement de M. Cier, promu (figure au tableau d'avancement de 1931).

(A dater du 30 juin 1931) : 1er tour (ancienneté). M. Grenier (Jean-Antoine-Léon), troupes du Maroc, en remplaeement de M. Messeiu, promu (figure au tableau d'avaneement de 1931).

### MEMENTO CHRONOLOGIQUE

25 JUILLET. — *Nancy*. Préfecture. Dernier délai d'iuseription pour le eoncours de médecin neurologiste à l'hospiee J.-B. Thierry à Maxéville.

27 JUILLET. — *Paris*. IIIe Congrès international de radiologie (s'adresser au seerétariat général du Congrès, 122, rue La Boétie, Paris).

27 JUILLET. — *Paris*. Congrès international de radiologie.

29 JUILLET. — *Nancy*. Congrès de l'Association pour l'avaneement des sciences.

3 AOUT. — *Paris*. Congrès dentaire international. Secrétaire général : M. Villain, 10, rue d'Isly.

31 AOUT-4 SEPTEMBRE. — *Berne*. Congrès neurologique international.

SEPTEMBRE. — *Moscou*. IXe Congrès paurusse des gynéeologues et aecoueheurs.

2-7 SEPTEMBRE. — *Budapest*. Congrès de l'Assoeiatiou internationale de stomatologie.

5 SEPTEMBRE. — *Faculté de médecine*. Clôture du registre d'inscription pour le eoneours d'agrégation.

7 SEPTEMBRE. — *Rome*. Congrès international pour les études sur la population.

8 SEPTEMBRE. — *Capvern*. Coneentration à Capvern du 24e V. E. M.

11 SEPTEMBRE. — *Dihon*. Ecole de médeciue. Clôture du registre d'inscription pour le concours de chef des travaux de physique.

14 SEPTEMBRE. — *Budapest*. Congrès de l'Association stomatologique interuationale.

15 SEPTEMBRE. — *Angers*. Ecole de médeeine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de elinique chirurgicale et de elinique obstétrieale.

18 SEPTEMBRE. — *Clermont*. Ecole de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le eoneours de professeur suppléaut d'anatomie.

19 SEPTEMBRE. — *Toulouse*. Faculté de médecine. Clôture du registre d'iuscription pour le concours de professeur suppléant de clinique obstétrieale.

20 SEPTEMBRE. — *Nantes*. Ecole de médeeine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de elinique chirurgicale à l'École de médecine.

20 SEPTEMBRE. — *Buenos-Aires*. Congrès national du service social de l'enfanee.

22 SEPTEMBRE. — *Tours*. Ecole de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physique.

26 SEPTEMBRE. — *Grenoble*. Ecole de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale.

# CHRONIQUE DES LIVRES

***Histoire de la tuberculose,*** par PIÉRY et ROSHEM. 1 vol. in-8 de 408 pages, 80 fr. (*Doin édit.*).

Le professeur PIÉRY (de Lyon) vient de publier, dans la *Bibliothèque de la Tuberculose*, un volume avec le regretté Roshem sur l'histoire de la tuberculose. Ce volume est plein d'intérêt. A travers les âges, il montre que l'on retrouve, dès l'antiquité, chez les Arabes et au moyen âge, des descriptions de la phtisie, et sur les squelettes fort anciens des traces osseuses de lésions tuberculeuses. Cette partie est illustrée par les portraits des vieux maîtres qui s'en sont occupés, depuis Hippocrate et Galien jusqu'à Sidoine Apollinaire et Arnaud de Villeneuve.

Il étudie ensuite l'évolution des idées sur la phtisie contagieuse, à la Renaissance avec Paracelse et Fracastor, la description du tubercule par Deleboë, puis par Morton et Sydenham, les idées du Bordelais Pierre Desault (1733) sur le crachat véhicule de la contagion, la découverte de la percussion (1761) par Auenbrugger, la description de la tuberculose laryngée par Liétaud et Bichat.

On en arrive ainsi au XIX<sup>e</sup> siècle avec l'œuvre capitale de Bayle (1810) sur le tubercule, de Laennec (1819) sur l'unité de la tuberculose et ses signes physiques, de Reinhardt et Virchow (1847) sur la dualité anatomique de la phtisie, enfin avec la phase expérimentale et bactériologique : inoculation (Villemin, 1865) et découverte du bacille (Koch, 1882). Ici encore, une série d'illustrations représentent Portal, Bayle, Laennec, Broussais, Andral, Louis, Bazin, Pidoux, Peter, Nocard, Arloing, Empis, Cornil, Landouzy, Ollier, Lannelongue, Bonnet, Grancher, bons ouvriers des découvertes successives sur la tuberculose.

Vient ensuite un chapitre sur l'évolution des idées sur la tuberculose au XX<sup>e</sup> siècle, avec les recherches cliniques de Bard, de Poncet, de Landouzy, avec les recherches bactériologiques sur les formes filtrantes, avec les recherches thérapeutiques sur le BCG, l'aurothérapie et le pneumothorax.

Dans un livre deuxième est faite l'histoire analytique des grands problèmes de la tuberculose, l'histoire de la contagion, de la prophylaxie, des lésions, des descriptions cliniques, du traitement, suivi d'un très copieux index bibliographique.

***Les extraits pancréatiques désinsulinés en thérapeutique,*** par GIROUX et KISTHINIOS ; préface du professeur VAQUEZ. 1 vol. in-16 de 126 pages, 16 fr. (*Masson édit.*, 1931).

Deux élèves du professeur Vaquez, MM. Giroux et Kisthinios, ont écrit, dans la Collection de médecine et de chirurgie pratiques, un petit volume sur les extraits pancréatiques désinsulinés.

Dans la première partie, ils étudient la question expérimentale de l'hypotension provoquée par des extraits, la nature de la substance hypotensive, son étalonnage, le mécanisme de son action.

Dans une deuxième partie, ils étudient les résultats cliniques dans le traitement de l'angine de poitrine, des artérites, de la maladie de Raynaud, de l'obstruction de l'artère centrale de la rétine, des ictus hémiplégiques, des ulcères gastro-duodénaux, des ulcères variqueux.

Ils donnent sur ces différents points une série de belles observations qui montrent tout ce qu'on peut attendre de cette méthode dans des cas où on est particulièrement désarmé et où il y a, cependant, tant d'avantages à pratiquer une thérapeutique hypotensive efficace.

P. C.

***Accidents d'éruption de la dent de sagesse inférieure. Accidents consécutifs aux dents incluses,*** par CH. RUPPE, stomatologiste des hôpitaux. In-8 de 52 pages avec 18 figures (*Vigot frères édit.*).

Dans cette brochure, illustrée de 18 schémas, l'auteur donne une étude très complète des accidents d'éruption de la dent de sagesse inférieure, accidents qui ont toujours préoccupé les praticiens, les chirurgiens aussi bien que les spécialistes.

Il rappelle les différentes théories qui ont été émises sur la genèse de ces accidents. En bref, il y a persistance anormale et infection du capuchon muqueux de la dent de sagesse ; cette persistance anormale étant due à un défaut d'harmonie entre le développement de l'arc osseux et de l'arc alvéolaire, que la dent de sagesse soit verticale ou oblique, pour une raison folliculaire ou osseuse.

L'infection de ce capuchon muqueux se fait spontanément par la bouche et provoque une péricoronarite suppurée qui est le *primum movens* des accidents. Après avoir décrit cet accident initial, l'auteur en montre les complications possibles, qu'il divise en : accidents superficiels, qui sont fréquents, et osseux, qui sont très rares.

Les accidents superficiels sont les adénites, les stomatites dont il importe de discuter l'étiologie pour ne pas exagérer ou méconnaître le rôle de la dent de sagesse, et les cellulites : vestibulaires, vélaires ou du plancher de la bouche, dont la distribution est décrite, schémas à l'appui.

Les accidents osseux sont ensuite discutés, quant à leur mécanisme, et longuement décrits, sans oublier les formes hyperostosantes et la forme d'Escat. Viennent les accidents réflexes dont il est nécessaire de faire une minutieuse discrimination, et les accidents divers : ulcération, kyste dentifère.

Avant d'aborder le traitement, l'auteur insiste sur la nécessité de pratiquer une radiographie, et il en donne l'interprétation. Suivent les indications opératoires, la technique du décapuchonnement au couteau électrique et les procédés divers pour lutter contre les difficultés auxquelles on se heurte pour l'avulsion de cette dent suivant sa position, son degré d'enclavement, sa disposition radiculaire.

Une importante bibliographie termine ce travail. Le praticien y puisera tous les renseignements cliniques qui lui sont utiles pour apprécier, avec justesse, la fréquence et la gravité de ces accidents, et le chirurgien y trouvera la technique opératoire.

Bien présenté, de lecture facile, ce travail est appelé à rendre les plus grands services, non pas seulement aux spécialistes, mais à tous les praticiens qui doivent être au courant de ces accidents de la dent de sagesse et savoir les traiter convenablement dès qu'ils se produisent.

ALBERT MOUCHET.

# VARIÉTÉS

## PAUL ZACCHIAS (1)

Par le professeur LAIGNEL-LAVASTINE.

Souvent appelé père de la médecine légale, Zacchias est nettement le fondateur de la psychiatrie médico-légale. A ce titre, il doit avoir place dans ces études.

Je m'inspirerai, dans ce travail, de l'excellent mémoire du regretté Charles Vallon avec mon élève et ami, Georges Genil Perrin (2).

**Le tribunal de la Rote.** — Zacchias fit surtout œuvre de médecin légiste psychiatre devant la cour de la Rote, dans les procès où les juges voulaient avoir l'opinion du médecin.

L'esquisse des origines de la Rote est donc l'introduction naturelle à l'œuvre psychiatrique de Zacchias. A. Tardif les a exposées dans son *Histoire des sources du droit canonique* (3) et il accepte l'opinion de Mgr Verlacque (4), qui fait remonter les commencements du tribunal qui devint la Rote bien avant Jean XXII. Néanmoins, c'est ce grand pape français, car il naquit à Cahors, qui organisa ce qui fut la Cour de la Rote. Dans une de ses *Extravagantes* de 1326, il fit de ce tribunal une juridiction d'appel de toute la chrétienté.

On sait que Jean XXII, second pape d'Avignon, succéda à Clément V en 1316. Il étudia la jurisprudence et la médecine. Il écrivit même des livres riches en notions médicales, le *Trésor des pauvres* et l'*Elixir des philosophes*. Détail à noter dans l'histoire du costume, Jean XXII fit ajouter une troisième couronne à la tiare pontificale.

Plus important pour nous que l'addition de la troisième couronne à la tiare, est l'établissement




(1) Fragment d'une leçon sur l'Histoire de la Psychiatrie médico-légale faite à la Faculté de médecine le 3 avril 1922 et encore inédite.

(2) CHARLES VALLON et GEORGES GENIL PERRIN, *La Psychiatrie médico-légale dans l'œuvre de Zacchias*, in-8° de 64 pages. Doin, 1912.

(3) A. TARDIF, *Histoire des sources du droit canonique*. Picard, Paris, 1887.

(4) VERLACQUE, *Jean XXII, sa vie et ses œuvres*. Plon, 1883.

## VARIÉTÉS *(Suite)*

des expertises devant le tribunal ecclésiastique. Et ce fait capital dans l'histoire de la médecine légale italienne paraît bien dû à l'initiative du pape français Jean XXII. Jean XXII écrit en effet dans le préambule de la Décrétale *Ratio juris erigit :* « Le Droit et la Religion exigent de tous ceux qui président à la justice et aux jugements une vigilance studieuse, une modestie exemplaire, un cœur pur, des mains nettes, des conseils puisés aux sources de la sagesse, et, de ceux qui sont appelés à écrire les actes judiciaires, une capacité suffisante, une vie irréprochable, du désintéressement, une bienveillance compatissante envers les pauvres. » Ces conseils et ces désirs sont toujours actuels.

Cent ans plus tard, Martin V réorganisa cette Cour d'appel du monde chrétien en 1418 et 1422. C'est dans la *Constitution* de 1422 qu'on trouve pour la première fois le nom de *Rota*.

Othon Colonna, élu en 1417 et qui prit le nom de Martin V, fut un grand pape, car il présida le Concile de Constance, qui mit fin au grand schisme d'Occident, obtint de Jeanne II, reine de Naples, le château Saint-Ange, Ostie, Civita-Vecchia, Pérouse, fixa définitivement la demeure papale à Rome, précisa les détails de l'administration pontificale, mais aujourd'hui une ombre assombrit cette gloire. Martin V contribua à la condamnation de Jean Huss au Concile de Constance et anathématisa ses partisans.

On discute sur l'origine du terme *Rota*, qui devait avoir une si grande fortune, car le tribunal de Rota existe encore aujourd'hui, mais comme simple auxiliaire de la Congrégation des Rites.

*Rota*, mot qui remonte à la fin de la captivité d'Avignon, puisqu'il date de Martin V, a donné lieu à diverses interprétations que Durand de Maillane (1) a résumées ainsi : « Le nom de Rote fut donné au tribunal, soit parce que les juges y servent tour à tour, soit parce que toutes les affaires et les plus importantes y roulent successivement, soit enfin, comme dit M. Ducange, parce que le pavé de la Chambre était autrefois de porphyre et taillé en forme de roue. » Il suffit de jeter un coup d'œil sur le pavement qu'on voit encore dans le Palais d'Avignon pour comprendre que les juges, rangés en cercle, jugeaient à la ronde (*Rota*). « Quoi qu'il en soit, écrivent Vallon et Genil Perrin, le tribunal de la Rote était composé de douze juges ou auditeurs (*auditores*), ayant chacun sous ses ordres quatre clercs ou notaires ; ils étaient recrutés dans les quatre nations : Italie, France, Espagne, Allemagne. D'après les *Constitutions* de Jean XXII et de Martin V, le tribunal de Rote jugeait de toutes les causes bénéficiales ou profanes, tant de Rome que des provinces de l'État ecclésiastique en cas d'appel, et de tous les procès des États du Pape, au-dessus de 500 écus. » « Nous pouvons nous faire une idée de la compétence du tribunal de la Rote à la fin du XVI^e siècle et au début du XVII^e, c'est-à-dire à l'époque de Zacchias, en parcourant les recueils de ses *Décisions*. Nous y relevons des causes purement théologiques (vérification de miracles, existence de canonisation), des affaires de discipline ecclésiastique (irrégularité (2), résignation de bénéfices, dispense de jeûne), quelques affaires criminelles (viol, dispense de torture, homicide), enfin un grand nombre de causes civiles de natures fort diverses, relatives au mariage, à la recherche de la paternité, à la validation des contrats, etc. »

Pour se rendre compte des problèmes souvent très délicats sur lesquels Zacchias avait à se prononcer, voici quelques sujets de rapports choisis par Vallon et Genil Perrin :

*Rapport XV.* — Un individu a-t-il succombé à un empoisonnement criminel ou à une mort naturelle ? Question et solution.

*Rapport XXIV.* — Les sages-femmes ont-elles le droit d'administrer à leurs clientes un médicament interne, sans consulter le médecin en cas d'extrême nécessité ?

*Rapport XXXIV.* — Un individu, accusé de viol par une fille ayant un vagin large et des pertes blanches, se met hors de cause en prouvant qu'il a une verge raccourcie et grêle.

*Rapport XXXV.* — Le médecin inexpérimenté, dont la faute et l'impéritie ont provoqué la mort d'un malade, est-il exposé à la rigueur des lois ?

*Rapport XLVII.* — Un coup violent sur les reins d'une femme enceinte peut-il être une cause d'avortement, d'hémorragie et de mort consécutive ?

*Rapport LI.* — De deux personnes atteintes dans le même accident, laquelle est censée avoir succombé la première ?

*Rapport LII.* — Un meurtrier doit-il être puni pour homicide si le blessé est mort du fait de l'impéritie et de la négligence du médecin ?

*Rapport LXIX.* — A quoi l'on peut reconnaître qu'une femme est récemment accouchée, ou plutôt qu'elle a récemment perdu en bloc des menstrues retenues depuis longtemps ; défense d'une femme accusée de suppression d'enfant.

(1) DURAND DE MAILLANE, *Dictionnaire de droit canonique*. Lyon, Benoît Duplain, 1770, t. IV.

(2) L'irrégularité est un empêchement provenant d'un vice, soit du corps, soit de l'esprit, en vertu de quoi le droit canonique interdit à un individu d'entrer dans les ordres et d'exercer le culte (Questions médico-légales, livre VIII, titre 1^er).

## VARIÉTÉS *(Suite)*

*Rapport LXXI.* — Le médecin peut-il être contraint à exercer son art ? *Quid* en temps d'épidémies ?

*Rapport LXXIII.* — Une femme, après la mort de son mari, convole sans délai en secondes noces ; elle a un fils au bout de 273 jours. Est-ce l'enfant du premier ou du second mari ?

*Rapport LXXIV.* — La mort doit être attribuée à la cause la plus urgente : quand il y a chez un individu coïncidence d'une blessure et d'une maladie pestilentielle, c'est la peste et non la blessure qui doit être considérée comme cause de mort.

**Les Papes et Rome au temps de Zacchias.** — Zacchias naquit à Rome en 1584 et mourut en 1659 ; sa vie épuisa les pontificats d'une douzaine de papes : Grégoire XIII, Sixte V, Urbain VII, Grégoire XIV, Innocent IX, Clément VIII, Léon XI, Paul V, Grégoire XV, Urbain VIII, Innocent X, Alexandre VII.

Un mot sur les principaux de ces papes permettra de saisir l'atmosphère romaine que respira Zacchias.

En 1584, quand il naquit, le pape Grégoire XIII, bien qu'âgé de quatre-vingt-deux ans, régnait encore. Réformateur du calendrier, il avait été, avant son élection unanime au pontificat en 1572, professeur de jurisprudence à Bologne. Ainsi, la jurisprudence, assise sur le trône de saint Pierre, accueillit Zacchias dès le berceau. Sixte-Quint fut aussi professeur de droit. Il enseigna le droit canon à Rimini et à Sienne. Au seul témoignage de Gregorio Leti, Felix Peretti, le futur Sixte-Quint aurait, pour faciliter son élection, feint de graves infirmités et une caducité précoce. Aussitôt élu, il aurait rejeté ses béquilles et entonné le *Te Deum* d'une voix puissante. Cet exemple de simulation, s'il a été connu de Zacchias, n'a pas été, en tout cas, retenu dans ses œuvres médico-légales. Le cas de simulation que je rapporte plus loin est plus anodin. Quoi qu'il en soit, Sixte-Quint fut un grand bâtisseur. Il haussmannisa Rome, qui de 1585 à 1590, s'agrandit d'un tiers. Dans ces cinq années, dit Bertaux dans son livre sur Rome, la ville s'embellit plus qu'elle n'avait fait depuis la ruine de l'Empire. En mai 1590, grande date architecturale, la coupole de Saint-Pierre fut terminée, comme l'atteste l'inscription en capitales romaines autour du lanternon.

Le jubilé de 1600 fut triomphalement fêté par Clément VIII, mais taché par la mort de Giordano Bruno, le dominicain philosophe, brûlé sur le Campo dei Fiori. Zacchias avait seize ans. Pareil autodafé dut rester dans sa mémoire et développer sa prudence dans ses fonctions d'expert près le tribunal de la Rota.

Paul V Borghèse continue la tradition des grands papes artistes et de Sixte-Quint. Il construit l'aqueduc Paula et attire à Rome le Guide avec le Dominicain à la suite d'Annibal Carrache. Malgré un pèlerinage à Bologne pour les voir dans leur meilleur jour, je ne peux aimer leur peinture : trop de technique, pas de jeunesse, pas d'âme. Que ne se sont-ils imprégnés, pendant qu'ils étaient à Rome, des fresques de l'Angelico dans la chapelle de Nicolas V et de celles du Pinturicchio dans les appartements Borgia !

Mais cette Rome du Bernin fait figure de par-

PAULI ZACHIÆ
MEDICI ROMANI
DE
AFFECTIO-
NIBUS HYPO-
CHONDRIACIS
*LIBRI TRES*
Italico Idiomate primùm
ab Authore conscripti
*Nunc in Latinum sermonem translati*
*ab*
ALPHONSO KHONN, Med. Doctore,
& Physico Ulmensi Ordinario.



AUGUSTÆ VINDELICORUM.
*Sumptibus Viduæ Joh. Görlini Bibliopolæ.*
Typis JACOBI KOPPMAIERI
M. DC. LXXI.

venue. Elle s'étale plus qu'elle ne sent. C'est le triomphe du « Baroque » et de l'orgueil familial. Après Paul V Borghèse, Grégoire XV Ludovisi, Urbain VIII Barberini, Innocent X Pamphili, Alexandre VII Chigi mettent sur les édifices qu'ils construisent, comme un sceau sur une bulle, la guivre et l'aigle des Borghèse, les abeilles des Barberini, la colombe des Pamphili, les montagnes et le chêne des Chigi.

Sur la façade de Saint-Pierre, consacré par Urbain VIII en 1626, le nom de Paul V est écrit en lettres énormes. La grandeur est prise pour la beauté.

## VARIÉTÉS *(Suite)*

La conception impériale et romaine l'emporte sur l'inspiration grecque et dégénère dans le joli du cavalier Bernin. Celui-ci, né en 1598, ne mourut qu'en 1680. Il avait soixante et un ans à la mort de Zacchias.

L'activité artistique multiforme du Bernin éclaire bien un côté de la Rome papale, dont Zacchias étudia les réactions médico-légales. Le cavalier Bernin peignit 200 tableaux, illustra les sermons du jésuite Oliva, jeta sur le papier d'innombrables caricatures. Factotum de toutes les fêtes, il donna des modèles d'estrades, de catafalques, de chars et de machines pour les cavalcades et les retraites aux flambeaux, des motifs d'illumination et des feux d'artifice. Chaque année, il se divertissait, entre dix travaux de toute nature, à composer une « revue » d'actualité, qui était représentée dans un palais : il peignait les décors, réglait les changements à vue, les effets d'eau et jouait lui-même un rôle en parfait bouffon. Ces fantaisies éphémères ont laissé peu de traces : du peintre, il reste une toile, grande esquisse large et molle, dans l'atelier des mosaïques, au Vatican ; du caricaturiste, le Cabinet des Estampes de la Galleria Nazionale, au Palais Corini, conserve quelques pages curieuses. « L'œuvre du sculpteur et de l'architecte, improvisée avec autant de verve que les farces du carnaval, est immense et imposante. » Cette dernière phrase de Bertaux vise avant tout la fameuse colonnade de la place Saint-Pierre. C'est certainement un beau décor, mais c'est un décor.

Si j'évoque Bernin sculpteur, surgit dans ma mémoire la *Sainte Thérèse* de Santa Maria della Vitturia. J'ai vu dans le demi-jour artificiel de l'église cette amante qui se pâme d'amour devant l'ange ambigu. Il ne faut pas être grand théologien pour saisir immédiatement la basse interprétation d'un freudisme avant la lettre et le contresens commis vis-à-vis de la transverbération si magistralement décrite dans l'*Autobiographie* de la Mère Thérèse de Jésus.

Mais cette vie artistique et mondaine de la Rome papale dans la première moitié du XVII^e^ s. enguirlande sans l'atténuer l'impérialisme spirituel catholique, qui se manifeste non seulement par des crimes, comme le supplice de Giordano Bruno, mais par la condamnation de Jansénius, d'abord par Urbain VIII, puis, d'une façon plus explicite en 1653, par Innocent X. Cependant la puissance temporelle des papes était déjà à ce point diminuée qu'en 1662 Alexandre VII fut contraint, par le roi très chrétien Louis XIV, de dissoudre sa garde corse, qui avait insulté l'ambassadeur de France, le duc de Créqui, et d'élever dans Rome une pyramide avec une inscription qui relatait l'outrage et la satisfaction.

**L'œuvre médico-légale de Zacchias.** — Dans cette triple Rome princière, artistique et papale, Zacchias sut développer ses facultés d'observation, de justice et d'humanité.

Grâce à ses dons, il remplit les plus hautes fonctions dans les États pontificaux. Il était protomédecin de Rome et des États ; il fut ensuite nommé premier médecin de l'archi-hôpital du Saint-Père, et par Alexandre VII, médecin du Palais pontifical.

Le livre fondamental de Zacchias, ce sont les *Questions médico-légales*, publiées de 1624 à 1650. Mais il a écrit des livres moins austères, tels que son *Traité des passions de l'âme et des maux qui en procèdent et de leur traitement tant physique que moral*, et même on lui a attribué un *Discours sur le baiser*. Mais les essais, que j'ai faits avec M. Mourgue pour remonter aux sources, ne m'ont pas permis de retrouver ce travail dans les œuvres publiées de Zacchias. En tout cas, ce qui nous intéresse, c'est essentiellement cinquante pages des *Questions médico-légales*. La première a pour titre : « *De dementia et rationis læsione et morbis omnibus qui rationem lædunt, continens questiones viginti-tres.* »

Il y a donc vingt-trois questions dans ce livre, où Zacchias pose en principe que le médecin seul est compétent pour juger de l'état mental d'un individu. C'était bien dire pour un homme du XVII^e^ siècle, étant donné qu'à l'aurore du XIX^e^ siècle Kant prétendait encore qu'il suffisait du bon sens pour savoir si un individu était normal ou aliéné.

Voyons la terminologie de Zacchias : *Amentia* ou *dementia*, c'est tout état mental pathologique. L'*amentia* comprend trois groupes : la *fatuitas*, la *phrenitis* et l'*insania*. 1° La *fatuitas*, la débilité mentale, a trois degrés : *ignorantia* répond à la grande débilité. A propos de cette *ignorantia*, Zacchias cite une remarque de son illustre confrère, Fracastor, qui florissait de 1488 jusqu'en 1553 et est surtout célèbre par le poème où il chante les malheurs du berger Syphilus. Fracastor insiste sur la grande mémoire de beaucoup de débiles mentaux. Puis viennent les *fatui* proprement dits, qui répondent à une intelligence au-dessous de sept ans ; encore au-dessous les idiots complets, les *stolidi*, que Zacchias compare à des cailloux ;

2° Après la *fatuitas*, nous avons la *phrenitis*, c'est-à-dire le délire par inflammation primitive du cerveau ;

3° L'*insania* est le délire sans fièvre ; à propos de l'*insania*, à la suite de vieux auteurs, Zacchias fait une diatribe contre les femmes,

qu'il juge coléreuses, bavardes et avares et va jusqu'à dire : « *quia mulier consiliium habet invalidum* ».

Nous savons maintenant que les choses sont loin d'être ainsi.

Dans cette *insania*, nous trouvons des points intéressants. D'abord, une réflexion très juste, à propos des mélancolies : « Si l'on voulait priver de ses droits civils un homme qui s'obstine dans une idée fausse, il faudrait logiquement ranger tous les hommes parmi les aliénés. » Près de trois siècles plus tard, Leuret fait écho à Zacchias quand il écrit dans ses *Fragments psychologiques sur la folie :* « J'ai cherché, soit à Charenton, soit à Bicêtre, soit à la Salpêtrière, l'idée qui me paraîtrait la plus folle, puis, quand je la comparais avec bon nombre de celles qui ont cours dans le monde, j'étais tout surpris et presque honteux de n'y pas voir de différence. »

Zacchias décrit une variété de mélancolie très triste, mais fréquente, c'est la « mélancolie amoureuse ». Il fait un long chapitre sur la maladie d'amour. Je vous rappelle la définition de l'amour-passion, que vous trouvez dans Avicenne (980-1026). Il dit que l'amour-passion n'est qu'un souci mélancolique analogue à la mélancolie.

Mais Zacchias, qui se méfie, ajoute : « Il faut distinguer, d'une part, l'amour-passion, d'autre part, l'amour-maladie. Je ne parlerai que de l'amour-maladie. » Il rappelle la néfaste influence de Circé, Méduse, Alcine, Armide, par qui des hommes furent transformés en bêtes sauvages, oiseaux, poissons, arbres ou rochers. Il insiste sur les symptômes. Vous savez que c'est un médecin qui a fait le diagnostic des amours de Théagène et Chariclée. Il remarque les yeux caves, cernés de noir, l'amaigrissement, la perte du sommeil et de l'appétit, le passage facile des larmes au rire et réciproquement. Je n'insiste pas.

A côté de la mélancolie amoureuse, Zacchias place la mélancolie démoniaque. Nous avons les fanatiques, ceux qui vont dans les temples « fatum » ; les lymphatiques, qui s'en vont vers les fontaines pour faire de l'auto-narcissisme ; les ensorcelés ; les enthousiastes : sauteurs, danseurs, tarentistes, engastrimythes (Γαστήρ, estomac, et μῦθος, parole) c'est-à-dire les ventriloques.

Mais alors on pose à Zacchias, médecin du pape, une question très grave : si l'intelligence des démoniaques est aliénée par le démon, peut-on, à bon droit, les considérer comme des insensés ? Le tribunal de l'Inquisition n'est pas loin, et le bûcher non plus. Il s'agit, par conséquent, de savoir s'en tirer. Zacchias s'en tire très bien. Le démon ne s'installe chez certains de ces individus qu'à la faveur d'un état naturel qui dépend du domaine médical. « Le démon se réjouit de l'humeur mélancolique ». Nous sommes d'accord, et non seulement l'expérience et la raison sont avec nous, mais aussi la tradition. Vous vous rappelez tous que Saül, qui était tourmenté par l'esprit malin, a trouvé le repos grâce à la cithare du jeune David.

Quant au problème des épileptiques, Zacchias l'a résolu avec son bon sens habituel. Il donne dans son livre une merveilleuse consultation médico-légale relativement à l'abbé Galtus. Ce malheureux était atteint d'épilepsie grave et avérée. Un soir, au cours d'une crise, il contracte un engagement. La conscience retrouvée, il fit un retour sur lui-même et voulut considérer son engagement comme non avenu. Zacchias, dans une longue consultation médico-légale, démontra que l'épilepsie de Galtus était évidente, répondait à toutes les descriptions de Galien, Hippocrate et autres ; de plus, la raison, l'expérience et l'autorité démontrèrent qu'avant les crises il y a un état où l'individu n'a pas absolument sa raison ; que, d'autre part, après les crises, quand elles sont très graves, il y a également une période qui peut aller jusqu'à trois jours, où le sujet est dans le même état. Comme Galtus a fait son engagement dans les trois jours qui ont précédé sa crise, il doit être considéré comme n'ayant pas agi en pleine conscience.

Aucun mot n'est à changer dans cette merveilleuse expertise médico-légale. Zacchias a fait œuvre de médecin. Il a considéré le cas particulier, et ne s'est pas heurté à l'écueil des théories.

Il a également étudié une autre question très importante, celle de la simulation, déjà très bien exposée par J.-B. Sylvaticus (1550-1621) dans son *Institutio medica de iis qui morbum simulant deprehendis* (Milan, 1595).

Zacchias a ajouté sa conception personnelle : « Je connais une femme, qui, dans l'église pleine de monde, feignait de tomber en extase, et sa simulation était d'une exactitude admirable. Elle se tenait les bras en croix, les paupières immobiles, les yeux fixes et restait ainsi pendant une heure ou plus. Entre temps, elle étirait son corps d'une façon surprenante, comme pour s'élever dans les airs et s'envoler au ciel. Mais le plus extraordinaire c'est qu'en un clin d'œil elle faisait passer son visage par toutes les couleurs ; tantôt elle rougissait et paraissait enflammée d'une ardeur singulière, tantôt elle pâlissait et s'alanguissait comme une morte ; puis, en moins de temps qu'il ne faut pour le dire, elle retrouvait ses couleurs vermeilles et enfin semblait revenir à elle comme sortant d'une défaillance; tous les assistants la croyaient envahie par le souffle divin et la vénéraient comme

## VARIÉTÉS *(Suite)*

une sainte, et une bande de femelles et de croquants se précipitaient pour toucher ses vêtements avec dévotion. Moi, je riais en moi-même, et la bonne femme, je pense, devait rire encore bien plus, car je la connaissais à fond ; elle était Sicilienne. »

Voilà un charmant tableautin de la simulation.

Zacchias a également mis au point l'intérêt médico-légal des « intervalles lucides ».

« On peut, dit Marc, considérer comme intervalles lucides aussi bien ceux qui sont de courte durée que ceux qui se prolongent pendant des semaines, des mois, et mêmes des années, qu'ils arrivent à des époques régulières ou irrégulières. »

Dans la catégorie des intervalles lucides, nous devons distinguer les intermittences, les rémittences et les intervalles lucides proprement dits. Les intermittences (*intervella perfectissima*) sont citées par la loi des Douze Tables. Zacchias, dans ses *Questions médico-légales*, les distingue nettement des rémittences. « *Notandum, in quibusdam dementiae,* écrit-il, *hæc intervalla manifesta esse ac vera ; in aliis, nonnisi, obscura et apparentia ; tales enim dementiæ remittere potius dici possunt quam intermittere* » (lib. II, titr. I, quæst. XXI). Il distingue donc les intervalles *manifesta ac vera*, qu'il considère comme des intermittences (*intermittere*) des *obscura* et *apparentia*, qui sont pour lui des remittences (*remittere*).

« Il faut que ce soit, dit le chancelier d'Aguesseau, non une simple lueur de raison, non un éclair, non un crépuscule, mais une lumière parfaite, un éclat vif et continu, un jour plein et entier qui sépare deux nuits... Non pas une simple diminution, mais une rémission du mal, mais une espèce de guérison passagère, une intermission si claire ment marquée, qu'elle soit entièrement semblable au retour à la santé (1). »

**Conclusion.** — On voit par cette esquisse l'importance de Paul Zacchias dans la psychiatrie médico-légale et combien son œuvre est restée moderne, grâce à ses procédés objectifs d'investigation, à la précision de son analyse et à la prudence de ses conclusions.

Le rôle de Zacchias me paraît même si grand qu'exposant en 1922 aux élèves de l'École de droit de Paris (2) l'Histoire de la psychiatrie médico-légale, j'ai cru pouvoir la diviser ainsi : Avant Zacchias, Depuis Zacchias.

(1) LAIGNEL-LAVASTINE, ANDRÉ BARBE et A. DELMAS, *Pratique psychiatrique*, p. 597. Baillière, 1929.

(2) Chargé par l'Institut de criminologie de faire à ses élèves un cours de psychiatrie médico-légale élémentaire, j'expose chaque année, à la demande de mon maître et ami le doyen Berthélémy, les grandes notions de médecine mentale, dont la connaissance est nécessaire aux juristes, dans un des amphithéâtres de la Faculté de droit de Paris. — L.-L.

## REVUE DES REVUES

**Les alcalins dans le traitement de l'hyperchlorhydrie** (**Concours médical**).

On sait que l'emploi des alcalins dans le traitement de l'hyperchlorhydrie provoque, après un soulagement momentané, une hyperchlorhydrie réactionnelle qui fait que leur action n'est pas seulement nuisible, mais encore agressive. D'ailleurs le carbonate de chaux et la magnésie, dont on était en droit de supposer l'action moins brutale, offrent également l'inconvénient de neutraliser complètement l'acidité libre de l'estomac.

Il n'en est pas de même de l'alucol, hydroxyde d'alumine colloïdal, gelée muco-gélatineuse, qui agit de par sa structure particulière. Ici, la neutralisation n'est pas totale ; comme il s'agit d'un phénomène reversible, *la proportion normale d'acide chlorhydrique nécessaire à la digestion est conservée, tandis que seul l'excès nuisible est éliminé.* Bien plus, dès que la concentration acide vient à faiblir, le complexe colloïdal peut libérer l'acide chlorhydrique précédemment fixé si celui-ci redevient nécessaire. Agissant en outre comme pansement gastrique l'alucol favorise secondairement la cicatrisation des lésions et des ulcérations, son action s'étendant même jusqu'à l'intestin.

Ses propriétés ont été bien établies par les travaux des professeurs Roch et Surmont, des Drs Cauvin, Crohn et Delarra.

L'alucol se recommande à jeun ou avant les repas, toutes les fois qu'il y a de l'hyperchlorhydrie ou de la stase. Dans les autres cas, il est préférable de faire prendre l'alucol dix ou quinze minutes avant l'heure habituelle de l'apparition de la douleur, ou, faute d'indication précise, deux heures après les repas. De fortes doses peuvent être prises sans inconvénient, l'alucol n'ayant pas de contre-indication.

**Sur la posologie et le mode d'administration du scillarène** (GABRIEL PERRIN, professeur à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, **Les Sciences médicales**, 10 mars 1931).

Sous ce titre, l'auteur étudie les modalités de la médication scillarénique, et précise la posologie à suivre.

Il remarque d'abord que la dose thérapeutique est subordonnée à plusieurs conditions, et se trouve sous la dépendance des phénomènes d'absorption, d'élimination, d'accumulation.

Par voie buccale, il préfère la solution aux comprimés, en raison de son absorption plus rapide par la muqueuse intestinale (fait en accord avec la loi de Traube déterminant la direction et la vitesse de l'osmose).

Dans une série d'expériences pharmaco-physiologiques, l'auteur démontre la rapidité d'élimination des glucosides scillitiques, adhérant peu à la fibre cardiaque. C'est pourquoi, l'accumulation n'étant pas à craindre, les doses progressivement croissantes du médicament donneront de meilleurs résultats cardiotoniques que les doses fixes dont l'action s'épuise rapidement.

## REVUE DES REVUES *(Suite)*

Il en est de même quand on veut obtenir des effets diurétiques. D'autre part, les doses d'emblée massives pourraient être mal supportées par l'estomac.

Bien que, aux doses thérapeutiques maxima, le seillarène soit sans danger pour le rein, son absorption massive d'emblée pourrait, en congestionnant les glomérules de Malpighi, et en augmentant considérablement la diurèse, exercer une pression nuisible sur les parois de l'anse de Henle, formées de cellules excrétrices. De là une moins bonne élimination de l'urée et des toxines.

Au contraire, par l'emploi de doses progressives, en partant de doses faibles, on obtient l'effet diurétique optimum, comme en témoignent les chiffres cités par l'auteur d'après ses observations.

De ses recherches, le Dr Perrin conclut :

« Sur les différentes formes pharmaceutiques de seillarène : solution, comprimés, ampoules, suppositoires, notre préférence va aux gouttes parce qu'elles sont aisément dosables et rapidement absorbées.

« Pour obtenir une action à la fois cardiotonique et diurétique, les doses journalières seront régulièrement progressives et partiront de XX gouttes, matin et soir, dose de début (voie buccale).

« Puis on augmente de XX gouttes par jour, jusqu'à un maximum de CLX gouttes en quatre à huit reprises.

« Lorsque l'effet cardiotonique et diurétique est obtenu avec la dose maximum, il est préférable de diminuer progressivement les doses, plutôt que de cesser brusquement le médicament. »

Lorsqu'il s'agit d'œdème généralisé ou qu'il faut aller vite, l'auteur conseille l'ampoule de 1 centimètre cube renfermant 5 dixièmes de milligramme de glucosides, et la voie endoveineuse :

Il fait le premier jour une injection de 3 dixièmes de milligramme de glucosides, soit environ une demi-ampoule ;

Le deuxième jour une injection de 4 dixièmes de milligramme de glucosides, soit environ trois quarts d'ampoule ;

Le troisième jour une injection de 5 dixièmes de milligramme de glucosides, soit une ampoule.

Puis il conseille de continuer cette dose de 5 dixièmes de milligramme avec une ampoule tous les jours, en surveillant le malade. Une bonne méthode consiste aussi à passer alors aux suppositoires (un à deux par jour).

De toute façon, le professeur Gabriel Perrin ne conseille la voie endoveineuse qu'en cas d'intolérance gastrique absolue, ou en cas d'asystolie avec œdème généralisé.

Si l'on prescrit les comprimés, il faut suivre la même posologie que pour les gouttes, en se rappelant que XX gouttes sont l'équivalent d'un comprimé, puisqu'un comprimé et XX gouttes renferment 8 dixièmes de milligramme de principe actif. (Il est préférable de donner les comprimés au moment des repas.)

Les suppositoires renfermant un milligramme de principe actif sont surtout destinés aux malades présentant de l'intolérance au seillarène par voie buccale.

# LA MÉDECINE AU PALAIS

**EXERCICE ILLÉGAL ET ESCROQUERIE** *(Suite)*

Cour d'appel de Caen, 15 juillet 1914 :

« En ce qui concerne l'escroquerie :

« Attendu qu'il est constant que les prévenus vendaient aux particuliers attirés par de nombreuses réclames insérées dans les journaux, des appareils consistant surtout en bandages herniaires et aussi en pessaires destinés à remédier chez les femmes aux descentes de matrice ; Que ces appareils étaient vendus à des prix fortement majorés ; que dès lors les ventes dont s'agit étaient préjudiciables aux clients, d'autant plus que dans la presque totalité des cas, ceux-ci, entendus comme témoins, sont venus déclarer que les appareils par eux achetés ne leur avaiaent procuré aucun résultat utile ;

« Attendu que la prévention prétend établir le délit, d'une part sur la fausse qualité « d'éminent spécialiste » prise par les prévenus, d'autre part sur les manœuvres frauduleuses que ceux-ci auraient employées pour amener les clients à acheter leur marchandise ;

« Attendu que sans doute les prévenus ne possèdent nullement les connaissances spéciales qu'ils s'attribuent, mais que néanmoins les termes employés dans leurs réclames, annonçant le passage « de l'eminent spécialiste Julien », ne sauraient être considérés comme constituant la prise d'une fausse qualité dans le sens de l'article 405 Code pénal ;

« Attendu, en ce qui touche les manœuvres, que les prévenus examinaient les clients et leur prenaient les mesures pour la confection des appareils ; qu'il n'est pas établi par la prévention que les bandages ou pessaires confectionnés d'après les indications ainsi recueillies n'aient pas été préférables à ceux achetés tout préparés d'avance chez les pharmaciens ou bandagistes en boutique ;

« Attendu ques i, tant dans les réclames imprimées que dans les consultations orales données au public qui venait les voir, les prévenus promettaient la guérison à bref délai des hernies, alors qu'il est démontré que cette guérison est impossible chez les adultes, le juge ne peut voir dans une telle assertion qu'une promesse fallacieuse et mensongère, une réclame exagérée et certainement blâmable, mais non une manœuvre constitutive du délit dont s'agit ;

« Adoptant au surplus les motifs du jugement en ce qu'ils n'ont rien de contraire au présent arêt ;

« En ce qui concerne l'exercice illégal de la mé-

## LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

decine, adopte les motifs du jugement ;

« Par ces motifs, confirme... »

Sur pourvoi du ministère public, la Chambre criminelle de la Cour de cassation a rendu, le 14 janvier 1915, l'arrêt suivant (Dalloz 191-1-60) :

« La Cour :

« Sur le moyen unique, pris de la violation, par défaut d'application, de l'article 405 du Code pénal ;

« Attendu que si l'arrêt attaqué a constaté que les prévenus ont promis la guérison à bref délai des hernies, il a ajouté qu'il n'y avait eu de leur part ni prise de fausse qualité, ni emploi de manœuvres frauduleuses au sens de l'article 405 ;

« Attendu que l'arrêt attaqué a, en effet, énoncé que les termes employés par les prévenus dans leurs réclames, annonçant le passage de l'éminent spécialiste Julien, ne sauraient le faire considérer comme ayant pris ainsi une fausse qualité ;

« Attendu qu'il ressort, en outre, des constatations du même arrêt que le fait, de la part des prévenus, d'avoir examiné des clients et d'avoir pris sur eux les mesures qui étaient nécessaires à la confection des bandages et des pessaires qu'ils devaient leur livrer, ne pouvait pas, dans les conditions où il s'était produit, constituer une manœuvre frauduleuse caractérisée ;

« Attendu que s'il est déclaré dans le jugement, dont l'arrêt attaqué a adopté les motifs non contraires aux siens, que les prévenus ont fait annoncer, dans les journaux de Mortagne, des guérisons dont l'une a été attestée en termes inexacts et dont l'autre a été attestée en termes absolument mensongers, il y est également déclaré que la première de ces annonces a été rectifiée dès que la personne à laquelle elle s'appliquait a fait connaître que les termes en avaient dépassé un peu sa pensée, et il résulte des constatations de ce jugement que les déclarations du client qui a donné l'attestation de guérison, objet de la nouvelle annonce, ne permettaient pas d'affirmer que les prévenus en eussent connu le caractère mensonger ;

« Attendu qu'en se fondant sur ces constatations pour relaxer les prévenus, l'arrêt attaqué n'a pas violé les dispositions de l'article visé au moyen ;

« Par ces motifs, rejette... »

ADRIEN PEYTEL,
*Avocat à la Cour d'appel.*

# NÉCROLOGIE

## LE DOCTEUR BOSC

Le 17 mai dernier, le Corps médical de province a perdu un de ses représentants les plus éminents : le Dr Bosc, médecin en chef de l'hôpital de Tours, rédacteur en chef de la *Gazette médicale de France*.

Sa prodigieuse activité, malgré une santé depuis longtemps chancelante, son sens clinique jamais eu défaut, sa thérapeutique si riche et sans cesse renouvelée, son inépuisable bonté, en avaient fait le consultant indiscuté et aimé de toute une province. Dans tous nos villages de Touraine, dans toutes les familles même, pourrait-on dire, son souvenir restera vénéré par tous ceux qui lui doivent la santé.

Depuis la guerre, il dirigeait un important service hospitalier où s'accumulaient des cas rares ou curieux, et chaque matin, sans défaillance, il enseignait au milieu d'un cercle d'étudiants toujours plus nombreux.

Sur le mode familier, avec une clarté et une simplicité de grand clinicien, il discutait les diagnostics, et ses leçons, émaillées d'anecdotes spirituelles, constituaient un enseignement particulièrement vivant.

La plupart des médecins tourangeaux de ces quinze dernières années lui doivent le meilleur de leur formation médicale.

Pendant la guerre, frappé de l'incroyable mortalité de nourrissons privés du lait de leur mère, il réussit un des premiers en France à créer une maison maternelle qui devrait porter son nom.

Il fut l'animateur de la *Gazette médicale du Centre*, transformée depuis en *Gazette médicale de France*. Ses articles de vulgarisation, ses présentations de malades si cliniques et si précises sont restés des modèles. Nul domaine de l'esprit ne lui était étranger : littérature classique et moderne, arts, astronomie, tout était pour lui un sujet d'études passionnées et de vues originales. Tous ceux qui l'ont connu se sont inclinés devant sa probité, sa haute conscience professionnelle et garderont son souvenir comme celui d'un grand médecin français.

L. DENOYELLE.

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du* 21 *juillet* 1931).

**Résultats de la vaccination préventive de la tuberculose par le BCG chez les enfants en France au cours des cinq années 1925-1930.** — M. CALMETTE. — En janvier de cette année, l'Institut Pasteur a fait une enquête auprès des dispensaires d'hygiène sociale ainsi qu'auprès des médecins et des sages-femmes de 42 départements sur les résultats des vaccinations antituberculeuses pratiquées au cours des cinq années 1925-1930 ; 114 dispensaires ont vacciné pendant cette période 8 075 enfants, et 388 médecins ou sages-femmes en ont vacciné et contrôlé 22 746, dont 4 978 dans des familles tuberculeuses et 17 568 dans des familles apparemment saines.

Or, la mortalité générale (par toutes causes) qui est, en France, de 7,8 p. 100 poru l'ensemble des enfants âgés de moins d'un an, n'a été que de 2,5 p. 100 pour les enfants vaccinés au BCG, et il est remarquable de constater que, sur 579 enfants de familles tuberculeuses, vaccinés depuis plus de quatre ans, la mortalité a été nulle.

Il est donc évident que les résultats de la vaccination sont encore plus satisfaisants qu'on n'eût osé l'espérer et il faut souhaiter que cette méthode pénètre de plus en plus dans la pratique.

Au 1er juillet 1931 on comptait en France seulement 364.000 enfants vaccinés.

**Etude de la mortalité comparée des enfants vaccinés au BCG et des non-vaccinés dans 182 familles.** — M. B. WEILL-HALLÉ s'est préoccupé d'étudier les résultats de la vaccination en opposant des enfants vaccinés et des non-vaccinés, élevés dans des conditions sensiblement égales.

Le choix des familles envisagées (familles nombreuses d'un milieu social médiocre) n'a été guidé que par une considération : trouver dans ces familles des enfants non vaccinés et vaccinés, et pouvoir fixer avec précision l'âge des décès dans ces deux catégories.

Dans le milieu sain, 136 enfants non vaccinés donnent au cours de la première année une mortalité de 27 p. 100 ; 55 vaccinés ne donnent que 10 p. 100.

En milieu tuberculeux, les chiffres respectifs sont de 29 p. 100 sur 175 non vaccinés et de 8,9 p. 100 sur 67 vaccinés.

En milieu douteux (qui comporte un grand nombre de tuberculeux), la mortalité infantile est de 37 p. 100 sur 215 non vaccinés et de 16 p. 100 pour 68 vaccinés.

On n'a noté de décès par tuberculose certaine ou probable dans aucun cas des groupes de vaccinés.

Par contre, 16 tuberculoses certaines et 41 douteuses sont relevées parmi les témoins.

Enfin, les chiffres montrent que les différences favorables aux vaccinés subsistent encore très manifestes au cours des deuxième et troisième années.

L'auteur conclut à l'efficacité préventive du BCG et préconise une large extension de la vaccination antituberculeuse.

**Terrains magnésiens et cancer.** — M. le professeur DELBET présente un travail de M. ROBINET, de Moret-sur-Loing, sur les terrains magnésiens en Angleterre et Pays de Galles et la répartition du cancer dans ces mêmes régions.

C'est la suite d'une série d'études faites pour la France et l'Alsace-Lorraine suivant la même méthode : comparaison géologique et statistique.

D'après les statitiques officielles, les minima de cancers (coefficients de 10 à 30) pour l'Angleterre et le Pays de Galles suivent exactement cette ligne de terrains magnésiens. Au contraire, les maxima de décès par cancer (40 à 54) se trouvent dans les comtés dépourvus de calcaires magnésiens.

L'auteur conclut, comme pour ses études précédentes, que la composition magnésienne du sol a une influence certaine sur la répartition du cancer.

**Thyphus exanthématique.** — M. ROUX présente un travail de MM. PLAZY, MARCANDIER, GERMAIN et PIROT qui apportent une nouvelle contribution à l'étude des

rapports du typhus exanthématique et de la fièvre exanthématique. Ils ont fait à ce sujet d'intéressantes recherches cliniques et expérimentales.

M. NETTER ajoute quelques mots et montre l'importance de cette question.

**Ulcus géant du duodénum. Ce que deviennent les ulcères perforés aigus suturés et guéris.** — Victor PAUCHET et G. LUQUET. — Les chirurgiens citent souvent des cas de perforations aiguës du duodénum qu'ils ont traités par la suture, simple ou suivie de gastro-entérostomie.

Ce qu'il est intéressant de savoir, c'est ce que deviennent ces ulcères guéris.

Il est incontestable que ceux qui ont subi, en même temps que la suture, une gastro-entérostomie complémentaire, guérissent d'une façon plus durable que les autres. Mais, néanmoins, l'expérience démontre aussi que l'ulcus duodénal suturé et gastro-entérostomisé continue à évoluer parfois et qu'il devrait alors être réopéré (gastrectomie secondaire).

Que faut-il faire chez les sujets qui ont subi l'opération d'urgence ? Faut-il attendre qu'ils reviennent eux-mêmes au chirurgien, ou doivent-ils rester sous la surveillance médicale ?

Il est entendu que tout individu opéré d'ulcus, quel qu'il soit, doit s'astreindre à un certain régime, car l'ulcus est une échéance et non un accident ; les causes prédisposant à l'ulcus persistent ; il faut les combattre. Mais, de plus, après une perforation, quel que soit le traitement fait d'urgence, le malade doit être surveillé, car il a les plus grandes chances (30 à 40 p. 100) pour qu'une opération secondaire soit nécessaire.

Victor Pauchet rapporte un exemple intéressant d'ulcus qui a subi la perforation aiguë, a été suturé, et a fait, secondairement, un ulcus géant, térébrant à la fois dans le pancréas et dans le foie. Le traitement a consisté en la fermeture du duodénum et une résection gastrique.

Seule, la gastrectomie large arrête le processus ulcéreux.

**Le tourisme et l'organisation d'un service de prompts secours dans les Alpes-Maritimes.** — M. BARBARY, directeur des Services d'hygiène des Alpes-Maritimes, fait connaître cette très intéressante organisation qui se compose : 1° d'un service de chirurgie d'urgence mobile ; 2° d'un réseau départemental de postes de secours.

Le service de chirurgie mobile d'urgence fonctionne par roulement au moyen d'équipes constituées essentiellement par des chirurgiens de carrière, par des aide-assistants et par deux infirmières majors, de la Société de secours aux blessés. Il possède un matériel important qui lui permet de répondre à tous les cas d'urgence. Il peut être alerté de jour et de nuit sur appel téléphonique du maire ou du médecin cantonal. A l'hôpital Saint-Roch, à Nice, poste central du service, un tableau indique pour chaque jour le personnel de garde et les suppléants. Une voiture ambulance automobile transporte immédiatement le personnel et le matériel à l'endroit indiqué.

M. Barbary a complété cette organisation par la création de seize postes de secours.

Les Alpes-Maritimes possèdent une organisation spéciale d'assistance médicale avec un corps de médecins cantonaux ; le fonctionnement de ces postes est assuré méthodiquement par appels téléphoniques au médecin cantonal du secteur siège d'un poste de secours.

Ces centres permettent d'assurer, dans les meilleures conditions possibles, les premiers secours et de donner les premiers soins à un blessé gravement atteint avant l'arrivée du service de chirurgie mobile alerté, qui interviendra, sur place, ou décidera le transport sur un service hospitalier.

Sur les routes principales des communes sièges d'un poste de secours, sont placés des poteaux de signalisation offerts par le Touring-Club, reproduisant l'insigne de la Croix de Genève et la mention « Poste de secours », commune de...

**Méthodes d'autodésinfection de surfaces solides.** — MM. A. THIROUX et J. RISLER communiquent le résultat de leurs travaux relatifs à une méthode d'autodésinfection des surfaces solides. Cette méthode repose sur l'emploi du charbon auquel on fait absorber soit par imprégnation, soit sous le vide aux basses températures, des mélanges d'antiseptiques. Les charbons ainsi traités, soit à l'aide d'huiles essentielles autiseptiques, telles que l'essence de thym, ou de mélanges tels que thymol-camphre, détruisent en moins de cinq minutes les cultures de bactérium coli, de staphylocoques, etc., que l'on a ensemencées à leur surface. Des résultats identiques sont obtenus à l'aide de différents corps poreux ou terres réfractaires que l'on traite par imprégnation.

Le résultat le plus important acquis par MM. A. Thiroux et J. Risler réside dans le fait que ce pouvoir autodésinfectant s'exerce pendant une longue durée ; des charbons ainsi traités conservent encore une activité bactéricide après un mois d'expérimentation, cette action ne paraissant nullement être atténuée.

MM. Thiroux et Risler signalent l'intérêt que présente ce procédé pour assurer la stérilisation rapide et certaine d'appareils d'usage courant, et le bénéfice qu'on peut en retirer pour résoudre certains problèmes d'hygiène publique.

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

*Séance du 4 juillet 1931.*

**Les déchets azotés du sang dans la néphrose lipoïdique.** — MM. ACHARD et CODOUNIS, dans 19 cas de néphrose lipoïdique, ont trouvé avec une grande fréquence l'augmentation de l'azote total non protéique, sans qu'il y ait de parallélisme rigoureux avec l'urée et l'acide urique L'élévation persistante de l'urée est un indice de lésions irréparables et progressives des reins (elle dépassait 1 gr. p. 1 000 chez 10 malades).

Cette élévation du taux sanguin des déchets azotés vient à l'appui de l'opinion qui rattache à des lésions de néphrite la plupart des cas où s'observe le signe fondamental de la surcharge lipoïdique du rein, c'est-à-dire la lipoïdurie.

Elle peut gêner aussi le traitement par le régime riche en protéines qui conviendrait contre l'hypoprotéinémie.

**Variations de la tension artérielle moyenne dans les efforts et les émotions.** — M. C. LIAN, chez trois sujets sains, a recueilli avant et après un effort la courbe oscillométrique (oscillomètre Pachon) et la courbe oscillographique (tonoscillographe Plesch).

Dans cinq épreuves, il a ainsi vu la tension artérielle efficace ou moyenne dynamique (Pachon) s'élever respec-

# SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

tivement de 15, 8, 6, 3 et 10 millimètres de mercure après un effort (deux minutes de pas gymnastique sur place).

En outre, chez une jeune fille (cœur irritable) examinée sous le coup d'une émotion, puis une heure et demie plus tard, il a constaté avec le retour au calme un abaissement de 10 millimètres de la tension artérielle moyenne en même temps que le pouls était revenu de 128 à 88 pulsations

La tension artérielle efficace ou moyenne dynamique n'est donc pas une constante physiologique.

**Le métabolisme des jeunes nourrissons normaux étudié par la méthode des échanges respiratoires.** — M. Henri Janet et Mlle Madeleine Bochet ont étudié, avec leur technique, le métabolisme d'enfants âgés de quelques jours à six à sept mois, et publient leurs résultats dans un graphique donnant le nombre total de calories émises en vingt-quatre heures en fonction du poids. Dans un deuxième graphique, ils montrent que le nombre de calories rapportées à l'unité de surface du corps semble être plus grand chez les nourrissons plus âgés que chez les nourrissons plus jeunes, résultats analogues à ceux des graphiques de Benedict et Talbot. Ils discutent enfin l'influence du sommeil et de l'alimentation sur le métabolisme des enfants qu'ils ont observés.

**Points moteurs du diaphragme de l'homme et leur chronaxie normale.** — M. Georges Bourguignon décrit les points moteurs musculaires du diaphragme, inconnus jusqu'ici : Le diaphragme a plusieurs points moteurs, mais ils ont tous la même chronaxie, qui est égale à celle que l'auteur a donnée, dès 1923, pour le nerf phrénique. Le diaphragme rentre donc dans la loi générale de l'isochronisme du nerf et du point moteur musculaire. La découverte de ces points moteurs permettra une étude du diaphragme en pathologie jusqu'ici impossible.

**Variation saisonnière de la sensibilité du cobaye à l'action myoclonisante du sérum d'épileptique. Régularisation de cette sensibilité par l'actinothérapie.** — M. Ph. Pagniez a montré dans des recherches antérieures que le sérum d'épielptique injecté dans la carotide du cobaye provoque chez cet animal des réactions myocloniques importantes. Certains cobayes sont réfractaires à cette action. Le nombre de ces animaux résistants étant nettement plus élevé en hiver, l'auteur a été incité à chercher la cause de cette particularité. Celle-ci ne paraissant pas pouvoir être attribuée à des modifications de régime ou d'habitat, on pouvait se demander si le facteur lumière n'entrait pas en jeu. L'expérience a montré qu'il en était bien ainsi.

En effet, en comparant la sensibilité des cobayes ayant été soumis à un certain nombre de séances d'irradiation par les ultra-violets à celle des témoins, on constata que les animaux irradiés étaient beaucoup plus sensibles. Dans dix expériences, un cobaye irradié et un cobaye témoin reçurent le même sérum d'épileptique en injection dans la carotide : les dix animaux irradiés présentèrent des secousses myocloniques ; quatre seulement des témoins réagirent de même, les autres demeurant absolument insensibles.

Ces faits sont à rapprocher de ceux qu'ont fait connaître divers auteurs (Aycok, Levaditi) concernant les variations saisonnières de la réceptivité humaine ou animale à l'égard de certains virus, toxines ou composés chimiques. Ils établissent la possibilité de modifier à volonté, dans certains cas au moins, les conditions de cette réceptivité.

**Etude expérimentale des modifications humorales dans l'hypoglycémie insulinique chez le chien.** — MM. F. Rathery et J. Sigwald ont observé au cours de l'hypoglycémie insulinique expérimentale des modifications humorales importantes. Le chlore plasmatique augmente toujours. L'urée sanguine subit également une légère hausse. Les variations du chlore globuleux et rachidien sont inconstantes et indépendantes de celles du chlore plasmatique. Les albumines sanguines augmentent presqu plasmatique. Les albumines sanguines augmentent presque toujours. Les auteurs ont utilisé de grosses doses d'insuline et ont constaté que les manifestations d'intolérance ne correspondaient pas toujours aux chutes maxima de la glycémie.

**Influence de la concentration ionique du liquide des électrodes sur la conductibilité électrique du corps humain.** — MM. A. Strohl et H. Desgrez sont conduits à penser, par leurs recherches effectuées en utilisant comme électrodes des liquides de diverses concentrations et en se plaçant dans diverses conditions (mouillage de la peau, galvanisation préalable), que des phénomènes d'imbibition et d'osmose, siégeant dans les couches superficielles de l'épiderme ou dans les canaux sudoripares, conditionnent en grande partie la conductibilité du corps humain.

**Présentation d'un appareil pour la recherche du réflexe galvano-psychique.** — MM. Zimmer, Walter et Nyer.

**Immunité antitoxique rapidement produite chez le cheval par l'injection sous-cutanée de doses minimes de germes diphtériques vivants.** — MM. G. Ramon et Robert Debré montrent qu'il suffit de l'injection d'une dose très minime de germes diphtériques vivants pour déterminer chez le cheval la production rapide d'une quantité relativement abondante d'antitoxine. Ils se sont assurés par des expériences préliminaires que l'injection des mêmes quantités de germes tués n'entraîne aucune production appréciable d'antitoxine. Celle-ci est due à ce fait que les germes vivants se multiplient dans le tissu cellulaire sous-cutané, y produisent de la toxine qui diffuse rapidement et engendre la formation d'antitoxine spécifique, et de fait les germes qui se multiplient peu dans le tissu cellulaire de l'animal provoquent, malgré leur pouvoir toxigène élevé, une immunité antitoxique relativement faible. Cette production rapide et abondante d'antitoxine par le développement dans le tissu cellulaire sous-cutané d'une toute petite dose de germes diphtériques vivants, doit être rapprochée des phénomènes qui président à l'immunisation occulte non seulement du cheval, mais de l'homme.

**Influence de l'anesthésie des vaisseaux cérébraux sur les effets cardio-vasculaires de l'embolie cérébrale expérimentale.** — MM. Maurice Villaret, L. Justin-Besançon et S. de Sèze montrent que l'hypertension post-embolique relève, au moins en partie, d'une excitation des ramifications nerveuses sensitives si abondantes dans les parois des vaisseaux cérébraux : ayant réalisé une anesthésie endovasculaire suffisante, ils ont constaté que l'hypertension post-embolique fait défaut, tandis que l'hypertension asphyxique persiste.

# SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Les phénomènes cardio-vasculaires post-emboliques relèvent donc, pour une part encore indéterminée, d'un réflexe vasculo-sensitif, et rentrent ainsi dans le cadre général des réflexes presseurs d'origine vasculaire.

**Inscription graphique de la chute de pression artérielle au cours du choc anaphylactique du cobaye.** — MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric et Mme A. Hugo ont vu que, chez les cobayes, le choc anaphylactique se traduit par une chute de la pression artérielle qui débute en moyenne quinze à trente minutes après la fin de l'injection déchaînante. La vitesse de cette chute de pression est variable : la chute atteint son maximum dans un temps variant de cinquante secondes à une minute et demie. L'intensité est également variable : on observe des chutes de pression allant de 20 à 45 millimètres de mercure. La réascension s'effectue entement ; elle débute deux minutes environ après la fin de l'injection ; la pression remonte peu à peu pour atteindre son chiffre initial. Dans une expérience, la pression artérielle n'est pas remontée, le choc anaphylactique ayant été mortel.

La chute de pression artérielle avec l'allure qui vient d'être décrite est un excellent signe de choc anaphylactique chez le cobaye. A la suite d'injection déchaînante chez des cobayes sensibilisés, les auteurs l'ont observée dans des cas où l'animal ne présentait aucune manifestation clinique de choc. Cependant les auteurs considèrent que, dans les expériences d'anaphylaxie, le lapin, pour l'inscription graphique de la chute de la pression artérielle, témoin du choc anaphylactique, est un meilleur animal que le cobaye, car les chutes de pression sonttoujours beaucoup plus nettes chez le lapin que chez le cobaye.

**Manifestations vasculaires et cliniques à la suite d'injection première chez le cobaye.** — MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric, Mme A. Hugo et M. Paul Giroud ont vu que, chez 7 cobayes sur 13, l'injection première intraveineuse n'a déterminé aucune modification importante de la pression artérielle ; dans 5 cas, les auteurs ont observé une chute brusque de la pression artérielle qui est remontée presque immédiatement après. Dans un seul cas, ils ont observé une courbe de pression artérielle identique à celle du choc anaphylactique. D'autre part, dans deux cas, ils ont constaté des convulsions rappelant celles qui sont considérées habituellement comme un test de choc anaphylactique chez le cobaye.

Il faut donc s'entourer de beaucoup de précautions avant de conclure à un choc anaphylactique chez le cobaye : il faut interpréter le tracé de la pression artérielle en cas de chute de pression ; il faut multiplier les expériences si l'on observe une chute de pression du type anaphylactique ou des convulsions, puisque dans des cas exceptionnels une injection première peut provoquer une chute de pression de ce type ou s'accompagner de convulsions.

**Recherches physiologiques sur l'innervation motrice de la vessie.** — M. et Mme A. Chauchard et E. Aburel ont étudié l'excitabilité des filets moteurs de la vessie des nerfs hypogastrique et érecteur. L'hypogastrique, nerf du système sympathique, a une chronaxie de deux millièmes de seconde ; son temps de sommation est de trois secondes, L'érecteur, nerf du système parasympathique, a une chronaxie de cinq dix-millièmes de seconde. Cette différence de constance de temps d'excitabilité entre les deux systèmes est, selon toute probabilité, d'ordre général.

**Sur la non-tuberculisation du cobaye par l'inoculation de produits humains bacillifères.** — MM. G. Paisseau, P. Ducas et Jean Weill ont inoculé un liquide pleural qui, malgré son extrême richesse en bacilles acido-résistants, n'a pas tuberculisé le cobaye. Ce liquide provenait d'un enfant en état d'asystolie fébrile. Un an et demi auparavant, au cours d'une crise de maladie de Bouillaud typique, l'inoculation du liquide d'une première pleurésie avait provoqué une tuberculose atypique du cobaye qui se transforma au quatrième passage en tuberculose généralisée classique. Au cours de l'évolution de l'endocardite consécutive, trois inoculations de sang provoquèrent l'apparition de bacilles dans les ganglions des animaux. Cependant ce malade ne réagit jamais à de multiples cuti et intradermo-réactions à la tuberculine.

En raison de ces circonstances, les auteurs émettent l'hypothèse qu'il pourrait s'agir de formes bacillaires analogues à celles qui se rencontrent dans les ganglions des cobayes inoculés avec des filtrats tuberculeux, et que les bacilles acido-résistants issus des éléments filtrables du bacille tuberculeux pourraient se rencontrer chez l'homme et expliquer un certain nombre des faits connus de produits pathologiques humains ne tuberculisant pas le cobaye, malgré leur richesse en bacilles.

**Bacille paratuberculeux isolé des expectorations d'un malade atteint de lésions pulmonaires.** — MM. L. Nègre, J. Valtis et V. Labernadie ont isolé un bacille paratuberculeux des expectorations d'un malade gazé de guerre, présentant à la radiographie des lésions de sclérose pulmonaire caractérisées par une visibilité anormale de la trame et dans les crachats duquel la recherche du bacille de Koch est toujours restée négative. Inoculé au cobaye sous la peau à la dose de 20 milligrammes, ce bacille produit un abcès intramusculaire avec hypertrophie des ganglions inguinal et sous-lombaire.

**Allure de l'infection tuberculeuse du cobaye inoculé par voie lympho-ganglionnaire avec le bacille tuberculeux aviaire.** — M. C. Ninni montre que le bacille de la tuberculose aviaire inoculé au cobaye par voie lympho ganglionnaire, produit une infection aiguë, parfois mortelle. Pendant les douze premiers jours, cette infection offre tous les caractères de la tuberculose du type Yersin ; puis, dans la troisième semaine, elle se manifeste par des altérations du foie qui disparaissent entre le vingt-cinquième et le trentième jour. Dans la suite, on n'observe généralement plus qu'une hypertrophie et l'abcédation des ganglions inoculés. Les ensemencements de tous les organes et même du sang des cobayes sacrifiés jusqu'au quatre-vingt-dixième jour donnent des résultats positifs.

**Influence d'une longue série de repiquages précoces sur la virulence et sur la richesse en ultravirus d'une souche de bacilles tuberculeux.** — M. F. Van Deinse, en étudiant les propriétés d'une souche bovine Vallée après 98 repiquages précoces, trouve une atténuation de la virulence, mais celle-ci est beaucoup moins prononcée que celle observée par L. Nègre, A. Boquet et J. Valtis après 92 repiquages précoces de la même souche. La souche ainsi atténuée semble beaucoup moins riche en ultra-

## SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

virus tuberculeux que la souche bovine Vallée ordinaire.

**Contribution à la mise en évidence rapide de l'ultravirus tuberculeux.** — M. F. Van Deinse montre qu'on peut faciliter la recherche des bacilles acido-résistants issus de l'ultravirus tuberculeux, en inoculant les filtrats à des cobayes par voie intrapéritonéale, après avoir préparé les animaux la veille ou l'avant-veille par une injection intrapéritonéale de phosphate de calcium précipité. Celle-ci provoque une formation d'amas de pus dans l'épiploon et le péritoine, et l'ultravirus trouve dans ce pus un milieu favorable au développement *in vivo* des bacilles acido-résistants. On trouve aussi de nombreux amas bacillaires caractéristiques dans les quatre premiers jours après l'inoculation du filtrat. Après le huitième jour, ces bacilles disparaissent.

Chez trois cobayes, inoculés par voie intrapéritonéale avec de l'ultra-virus tuberculeux, et traités dans la suite par une série de seize injections sous-cutanées d'extrait acétonique, ces dernières ont provoqué des abcès contenant de nombreux bacilles acido-résistants, qui ont pu être cultivés en milieu de Löwenstein.

**Sur l'inoculation intracornéenne de BCG au jeune lapin.** — MM. T. de Sanctis Monaldi et U. Bassi ont employé l'inoculation intracornéenne pour étudier les propriétés nosogènes éventuelles du BCG : elle détermine des lésions exclusivement locales et curables, où les bacilles peuvent vivre et se multiplier pendant deux ou trois mois sans augmenter de virulence.

La concomitance avec cette infection cornéenne locale, transitoire, d'une pseudo-tuberculose, ou d'une pasteurellose, ou d'une coccidiose à évolution subaiguë, ne modifie pas les caractères biologiques du BCG chez les jeunes lapins dont les défenses organiques sont ainsi amoindries.

**Élections.** — M. Jolly est réélu secrétaire général et M. Léon Binet, trésorier de la Société.

M. Magroux est élu membre titulaire.

F.-P. Merklen.

### SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Séance du 25 avril 1931.*

MM. Victor Pauchet et Bécart présentent au nom de M. Soresi, de New-York, une **canule-abaisse-langue** pour injection intratrachéale et une **canule soupape** pour empyème thoracique.

M. Schulmann remet à la Société deux volumes du *Traité de la syphilis*, publié sous la direction du professeur Jeanselme, secrétaire général M. Schulmann, volumes qui ont trait à l'histoire de la syphilis, à son étiologie, à la syphilis expérimentale, la bactériologie et la sérologie.

**A propos du rapport sur les travaux de M. Cavazzi.** — M. Ch. Levassort revient sur la question de l'invigoration des sujets âgés par l'administration de sérum d'animaux jeunes. L'asthénie des vieillards résulte d'un déficit endocrinien et d'une auto-intoxication ; il convient de la traiter par un sérum contenant les hormones de la totalité des glandes endocrines et auquel on a conféré, par la méthode de H. Busquet, un pouvoir précipitant vis-à-vis des poisons séniles.

**De l'existence d'un système glandulaire et des injections sous-cutanées de sang ou de sérum de sang glandulaire efférent, ou d'hormones, comme méthode thérapeutique.** — M. Léopold-Lévi fait un rapport sur cette méthode que M. Cavazzi a appliquée avec succès pour le rajeunissement en utilisant le sang efférent de la veine testiculaire d'animaux jeunes et qui doit être appliquée aux diverses endocrines. Quelques réserves doivent être faites en attendant des cas démonstratifs, en ce qui concerne, en particulier, l'hypophyse, glande neurocrine. La méthode ne doit jeter le discrédit sur l'opothérapie par les extraits de glande, dont les effets sont souvent immédiats, continus, transformateurs. L'oposérothérapie n'est d'ailleurs pas toute nouvelle, puisqu'elle a été utilisée depuis près de quarante ans en opothérapie rénale

**A propos de la méthode sérothérapique hormonique de M. Cavazzi** (de Bologne). — M. Dartigues répond à la question de M. Léopold-Lévi sur le fait de savoir si cette méthode est destinée à remplacer les greffes. M. Dartigues pense que les méthodes peuvent, par leurs progrès, se compléter et s'aider, mais que la greffe aura sa très grande place et un avenir assuré, d'autant qu'on pourra évoluer vers la greffe hétérogène (c'est-à-dire animale) devenue de plus en plus possible et étendue, en la prenant à des animaux variés, en tournant certaines difficultés biologiques actuelles. On pourra ainsi réaliser la greffe globale par inoculation vasculaire, substituant totalement une glande neuve prise dans la série animale à une glande usagée d'un organisme humain déficient.

**Complications des gastro-entérostomies.** — M. Guttmann présente une série de clichés montrant les diverses complications que l'on peut observer dans les suites de gastro-entérostomie (adhérences, ulcères, gastro-jéjunite).

**Certificat prénuptial et laboratoire.** — M. Foveau de Courmelles dit que les maladies (tuberculose, syphilis, blennorragie) sont décelées par l'analyse du sang, des crachats, des urines, du sperme. Si ces prélèvements sont authentiques, le laboratoire peut, sans voir les intéressés certifier la santé ou la morbidité.

**Héliothérapie et tuberculose pulmonaire.** — M. Reygasse précise les avantages de l'héliothérapie prudente, progressive et bien dirigée dans le traitement de la tuberculose pulmonaire et cite des exemples à l'appui de cette thèse.

**Le diagnostic de l'appendicite aiguë.** — M. Pierre Mabille insiste sur la difficulté de diagnostic dans certains cas. Pour les appendicites typiques avec contractures, pas de grosses erreurs commises. Pour les crises légères atypiques sans contracture, il peut s'agir ou de formes toxiques graves ou de lésions minimes au début, ou d'une affection souvent confondue avec l'appendicite : la stase cæcale avec infection intestinale. Cette dernière serait fréquente.

**La percussion du foie et ses aléas.** — M. Pron (d'Alger) indique les causes d'erreur, inhérentes à la percussion du foie, seul procédé que le praticien ait à sa disposition pour apprécier la hauteur de cet organe, quand il n'est ni ptosé, ni hypertrophié : tympanisme du haut du côlon droit, allongement du lobe droit, jeu du diaphragme qui mobilise le foie chez les atones du ventre. Il donne les moyens à mettre en œuvre pour diminuer ces causes d'erreur.

P. Prost.

# NOUVELLES

**Institut de technique sanitaire et hygiène des industries** — La prochaine session de l'Institut de technique sanitaire et d'hygiène des industries, Institut qui est rattaché au Conservatoire des Arts et métiers de Paris, s'ouvrira en novembre 1931

Les élèves régulièrement inscrits et qui satisfont à l'examen de fin d'études reçoivent un diplôme d'Etat : *Brevet de technicien sanitaire.*

Des auditeurs libres sont admis, sans être astreints à une scolarité régulière.

L'enseignement, dont la durée est limitée à trois mois est ouvert également aux étrangers qui peuvent, comme es nationaux, se faire inscrire pour l'obtention du brevet ou du certificat d'assduité.

Pour tous renseignements, écrire au directeur de l'Institut, au Conservatoire national des Arts et métiers, 242, rue Saint-Martin, Paris (IIIe).

**Pour combattre les intoxications par l'alcool et les toxiques.** — La proposition de loi suivante présentée par M. Augagneur, député, vient d'être renvoyée par la Chambre à la Commission de l'hygiène.

*Article unique.* — Les règlements concernant les aliénés sont applicables aux victimes d'intoxication par l'alcool et les divers toxiques. Les individus soumis au traitement de désintoxicaton ne pourront, sans autorisation du médecin traitant, quitter l'établissement où ils reçoivent des soins en vue de la désintoxication.

**La Faculté de médecne de Nancy visite la station thermale de Vichy.** — Succédant aux internes et externes des hôpitaux et étudiants de la Faculté de médecine de Strasbourg, les externes et les étudiants de la Faculté de médecine de Nancy sont venus à leur tour visiter es installatons thermales de Vichy.

Ils avaient à leur tête M. Santenoise, directeur de l'Institut d'hydrologie thérapeutique et de climatologie à la Faculté de médecine de Nancy, accompagné de MM. le Dr Louis Mercklen, chargé de cours à la Faculté ; Jean-Louis, Massot préparateur ; Mlle Brieu et Mlle Fuchs, .laboratoire à l'Institut d'hydrologie de la chefs de Faculté de médecine M. le Dr Gille, de Nancy.

Comme leurs prédécesseurs, ils parcoururent les différentes installations thermales : Grand Établissement, aux services si parfaitement organisés et aménagés, le Laboratoire de recherches hydrologiques, les sources, les nouveaux ateliers d'embouteillage et d'expédition des eaux de Vichy-Etat, qui les intéressa au plus haut point, le Sporting-Club de Vichy, etc.

Il furent également reçus au Casino, où ils assistèrent à une représentation de *Cavalleria Rusticana* et de *Mireille*, d'une très belle tenue artistique.

Avant leur départ, un banquet leur fut offert dans les salons du Carlton, sous la présidence de M. Baugnies, Vice-président et administrateur-délégué de la Compagnie fermière. Au champagne, des discours furent prononcés par M. Baugnies qui fit un très intéressant historique de la Station et donna un aperçu du programme de travaux en cours d'exécution ou en projets, qui contribueront à maintenir Vichy au premier rang des stations thermales; M. le Dr Durand-Fardel, au nom de la Société des sciences médicales ; M. Huel, externe des hôpitaux de Nancy ; M. le professeur Santenoise.

Dans la journée, les étudiants avaient d'autre part entendu une conférence de M. le Dr Durand-Fardel, président de la Société des sciences médicales, sur les propriétés des eaux de Vichy et leur application dans les maladies de la nutrition, dans les affections du tube digestif et surtout du foie.

**Deuxième Conférence internationale et Congrès colonial du rat et de la peste** (Paris, 7-12 octobre 1931). — Organisés sous le haut patronage de M. le Président de la République française, M. le président du Sénat, M. le président de la Chambre des députés, M. le président du Conseil des ministres ; M. le ministre des Affaires étrangères, M. le ministre des Colonies, M. le sous-secrétaire d'Etat aux Colonies, MM. les membres du Corps diplomatique, ambassadeurs et plénipotentiaires, les gouverneurs généraux, résidents généraux et gouverneurs des Colonies ; et du commissariat général de l'Exposition coloniale internationale.

Le Comité. — *Son bureau.* — Président d'honneur : M. le professeur Calmette, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.

Président : M. le professeur Marchoux, de l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de médecine et de l'Académie des sciences coloniales.

Vice-présidents : MM. le professeur Tanon, de la Faculté de médecine de Paris, et le médecin général Lasnet, inspecteur général du service de santé des Colonies.

Secrétaire général : M. le professeur Gabriel Petit, membre de l'Académie de médecine et de l'Académie vétérinaire de France.

Secrétaire : M. le Dr Neveu, chef du laboratoire des services d'hygiène à la Préfecture de police.

Appel du Comité de la IIe Conférence internationale et du Congrès national du rat et de la peste. — Paris, mars 1931. En mai 1928 s'est tenue à Paris, sous le haut patronage du Gouvernement de la République et du Corps diplomatique, la première Conférence internationale du rat, à laquelle plus de cinquante nations furent officiellement représentées.

Cette première Conférence, réunie en séance plénière, a émis le vœu suivant :

« La Conférence internationale du rat émet le vœu qu'une collaboration plus étroite des gouvernements soit envisagée ;

« Elle estime que l'une des meilleures manières d'aboutir à ce résultat serait la réalisation d'une *Ligue internationale.*

« Elle charge son Comité d'initiative de toutes démarches utiles à cet égard ;

« En cas d'adoption de ce vœu par les différents gouvernements, une nouvelle Conférence se réunirait pour étudier les modalités de l'organisation de la Ligue. »

Les divers gouvernements ont donc été pressentis par la voie diplomatique et une vingtaine d'entre eux ont fait connaître leur adhésion de principe. D'autres ont formulé quelques objections ; certains n'ont pas encore transmis leur réponse

Le Comité, tant pour rendre compte de sa mission que pour intensifier sa propagande, a décidé d'organiser, à l'occasion et sous les auspices de l'Exposition coloniale de 1931, une *IIe Conférence internationale*, pour discuter

## NOUVELLES *(Suite)*

opportunément de cette « croisade » universelle contre le rat. Il s'agit d'un tel ennemi de la santé et de la fortune publiques, qu'aucun pays au monde ne saurait se désintéresser de la question.

C'est pourquoi le Comité sollicite à nouveau, de tous les gouvernements, la désignation de délégués chargés de les représenter à cette Conférence, dont l'intérêt ne saurait leur échapper. Elle s'ouvrira le mercredi 7 octobre pendant la session d'automne de l'Office internationa d'hygiène publique, pour permettre aux membres éminents de ce grand organisme d'y participer.

Pour donner plus de relief encore à cette importante manifestation, un *Congrès colonial du rat et de la peste*, étroitement rattaché à la Conférence internationale, aura lieu du 7 au 12 octobre.

Les séances du matin, sauf modifications à intervenir, seront consacrées aux travaux de la Conférence internationale, et celles de l'après-midi au Congrès colonial.

Toutes les colonies sont invitées à participer à ce Congrès par la nomination de délégués officiels et l'élaboration de rapports ou communications sur le *problème du rat*, tel qu'il se présente, pour chacune d'elles, dans le moment actuel.

Ces documents devront parvenir avant le 15 septembre au Comité organisateur, qui sollicite instamment l'appui très bienveillant de M. le ministre, de M. le sous-secrétaire d'Etat, de MM. les gouverneurs généraux et gouverneurs des Colonies, ainsi que de la Presse coloniale et métropolitaine.

**Institut de médecine coloniale.** — L'Institut de médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français et étrangers un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales.

La session de 1931 commencera le 5 octobre et sera terminée le 21 décembre.

A la fin des cours de la session, les étudiants subissent un examen en vue du diplôme de médecin colonial de l'Université de Paris. Les examens auront lieu du 18 au 21 décembre.

L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire sont donnés à la Faculté de médecine (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

L'enseignement est organisé de la façon suivante : Pathologie exotique, professeurs : MM. Dopter, Marchoux, L. Martin, Tanon. — Parasitologie, professeur : M. Brumpt. — Bactériologie, professeur : M. Lemierre — Ophtalmologie, professeur : M. Terrien. — Hygiène et épidémiologie exotique, professeurs : MM. Camus, Marchoux, Neveu-Lemaire, Pozerski, Tanon, Teissier. — Maladies cutanées, professeur : M. Gougerot. — Chirurgie des pays chauds, professeur : M. Lenormant. — Règlements sanitaires, professeur : M. Tanon.

L'enseignement est à la fois théorique et clinique.

L'enseignement théorique consiste en leçons didactiques faites dans les amphithéâtres, les laboratoires de la Faculté ou les hôpitaux ; l'enseignement pratique comporte des exercices et manipulations auxquels les élèves sont individuellement exercés. Ils ont lieu dans les laboratoires de la Faculté ; l'enseignement clinique est donné à l'hôpital Claude-Bernard (siège de la clinique des maladies contagieuses, porte d'Aubervilliers), à l'hôpital Saint-Louis, à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Pasteur (25, rue Dutot).

Seront admis à suivre les cours de l'Institut de médecine coloniale : 1° les docteurs en médecine français ; 2° les étrangers pourvus du diplôme de doctorat universitaire français, mention : médecine ; 3° les docteurs étrangers, pourvus d'un diplôme médical étranger admis par la Faculté de médecine de Paris ; 4° les étudiants en médecine des Facultés françaises pourvus de seize inscriptions, sans distinction de nationalité ; 5° les internes en médecine des hôpitaux, à quelque degré qu'ils soient de leur scolarité.

Les dames sont admises, si elles se trouvent dans l'une ou l'autre des conditions ci-dessus.

*Droits à verser.* — Un droit d'immatriculation, 60 fr. ; un droit de bibliothèque, 40 fr. ; droits de laboratoires (pathologie expérimentale, parasitologie, bactériologie, clinique, etc.), 750 fr. ; deux examens gratuits.

*Conditions d'admission.* — Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), à partir du 25 septembre, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Les titres et diplômes, et de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance, devront être produits au moment de l'inscription.

Les élèves ne seront admis à suivre les cours théoriques et les exercices pratiques qu'après remise de la quittance des droits au secrétariat général (laboratoire de parasitologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

**Journée de la Barégine.** — La *Société médicale de Barèges* organise pour le 9 septembre 1931, jour du passage du grand V. E. M. parisien à Barèges, une journée d'étude de la Barégine, substance complexe, organique et minérale, que l'on trouve dans les célèbres eaux de Barèges et dans les eaux sulfureuses d'autres stations thermales. Les études présentées pourront porter sur chacun des aspects de la question (chimie, biologie, botanique, thérapeutique, etc.). Le rapport sera présenté à une séance du matin par M. le professeur Fourment (d'Alger). Les communications seront faites l'après-midi. MM. les professeurs Carnot, Villaret, Sellier et Serr ont bien voulu accepter le patronage de cette journée et la présidence des séances

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire de la Société médicale, à Barèges (Hautes-Pyrénées).

**Le premier Congrès de l'Association stomatologique internationale** aura lieu à Budapest (Hongrie) du 14 au 19 septembre 1931, sous le patronage du gouvernement hongrois. Il sera organisé par l'Association de stomatologie de Hongrie.

La cotisation pour les membres ordinaires est de 150 francs. Pour tous renseignements, s'adresser au Comité d'organisation du premier Congrès de l'Association stomatologique internationale, 14, Varoshaz-utca, Budapest, IV.

**Congrès dentaire international.** — Au mois d'août prochain se tiennent à Paris des assises internationales d'une très grande importance dans la profession dentaire mondiale : le Congrès dentaire quinquennal.

Cette importante manifestation organisée par la Fédération dentaire internationale a lieu pour la huitième fois. Après avoir siégé à Londres, Paris, Chicago,

# NOUVELLES *(Suite)*

Saint-Louis, Berlin, Philadelphie, il siégera de nouveau à Paris.

Les seize sections tiendront leurs séances au Grand Palais.

Le Comité du Congrès comprend deux membres belges : M. A. Joachim, président de l'Association générale des dentistes de Belgique, et le Dr Watry, directeur de l'Ecole dentaire belge, qui présidera la section 13.

**Service de santé des troupes coloniales.** — Par décision ministérielle du 22 juin 1931, les mutations suivantes ont été prononcées (service) :

DÉSIGNATIONS COLONIALES. — *En Indochine.* — Encadrement de détachement. Embarquement à partir du 5 août 1931 : M. le médecin capitaine Le Saint, du 22e rég. d'infanterie coloniale.

Embarquement à une date ultérieure : M. le médecin capitaine Ravel, du 3e rég. d'artillerie coloniale.

*En Chine.* — Embarquement à une date ultérieure : M. le médecin capitaine Palud, du 23e rég. d'infanterie coloniale.

Embarquement à partir du 25 août 1931 : M. le médecin capitaine Hochstetter, du 14e rég. de tirailleurs sénégalais.

*En Afrique occidentale française.* — Embarquement à partir du 25 août 1931 : M. le médecin commandant Gayot, du 1er rég. d'artillerie coloniale (servira hors cadres).

M. le médecin capitaine Besson, du 52e rég. de mitrailleurs indochinois.

M. le sous-lieutenant d'administration Cordenod, de l'hôpital militaire de Fréjus (service hors cadres).

*En Afrique équatoriale française.* — Embarquement à une date ultérieure : M. le médecin capitaine Durand, du 14e rég. de tirailleurs sénégalais (servira hors cadres).

*A Madagascar.* — Embarquement à partir du 25 août 1931 : M. le médecin lieutenant-colonel Fournier, du 3e rég d'infanterie coloniale (pour ordre) (servira hors cadres).

Embarquement à partir du 15 août 1931 : M. le pharmacien lieutenant-colonel Audille, du 23e rég. d'infanterie coloniale (pour ordre)

*En Nouvelle-Calédonie.* — Embarquement à partir du 25 juillet 1931 : M. le pharmacien capitaine Provost, de l'hôpital militaire de Fréjus (servira hors cadres).

*A Saint-Pierre et Miquelon.* — Embarquement à partir du 1er juillet 1931 : M. le médecin commandant Colibœuf, du 52e rég. de mitrailleurs indochinois. Désigné (hors tour) pour servir (hors cadres) en qualité de chef du service de santé de cette colonie.

Embarquement à une date ultérieure : M. le médecin capitaine Phiquepal d'Arusmont, du 1er rég. d'artillerie coloniale. Désigné (hors tour) pour servir (hors cadres).

PROLONGATION DE SÉJOUR OUTRE-MER. — *En Indochine.* — Première année supplémentaire : M. le médecin capitaine Daspect devient rapatriable le 1er octobre 1932.

*En Afrique équatoriale française.* — Première année supplémentaire : M. le médecin capitaine Sarran devient rapatriable le 12 janvier 1932.

*Au Cameroun.* — Première année supplémentaire : M. le médecin commandant Keruzore devient rapatriable le 26 octobre 1932.

MM. les médecins capitaines Montalieu et Cavalade deviennent rapatriables le 9 novembre 1932.

AFFECTATIONS EN FRANCE. — Au 2e rég. d'infanterie coloniale : M. le médecin capitaine Boulnois, rentré de l'Afrique occidentale française (hors cadres), en congé.

Au 21e rég. d'infanterie coloniale : M. le médecin commandant Muraz, du 22e rég. d'infanterie coloniale (n'a pas rejoint).

Au 23e rég. d'infanterie coloniale : M. le médecin colonel Lamoureux, rentré des établissements français de l'Inde (hors cadres), en congé (affectation pour ordre).

M. le médecin commandant Deneufbourg, du 4e rég. de tirailleurs sénégalais (n'a pas rejoint).

M. le médecin commandant Ledentu, rentré de l'Afrique équatoriale française (hors cadres), en congé.

Au 4e rég. de tirailleurs sénégalais : M. le médecin commandant Barreau, rentré d'Indochine, en congé.

M. le médecin commandant Tisseuil, rentré de la Nouvelle-Calédonie (hors cadres), en congé.

M. le médecin capitaine Paute, rentré de Madagascar, hors cadres, en congé.

Au 8e rég. de tirailleurs sénégalais : M. le médecin commandant Bouuet, du 3e rég. d'artillerie coloniale (n'a pas rejoint).

**Service de santé militaire.** — Par décision du 21 juin 1931, les mutations suivantes sont prononcées :

*Médecins colonels :* M. Fournereaux (Henri-Georges-Auguste), médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Dijon, est affecté comme sous-directeur du service de santé de la 6e région à Metz (service).

M. Alix (Victor-Albin-Pierre), des salles militaires de l'hospice mixte de Dijon, est maintenu et désigné comme médecin-chef et président de commission de réforme.

M. Causeret (Pierre-Jean-Joseph), médecin-chef de l'hôpital Maillot à Alger, est affecté comme directeur du service de santé de la division d'Alger (service).

*Médecins lieutenants-colonels :* M. Casteret (Joseph-Honoré-Charles), médecin-chef de l'hôpital de Vannes, est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte de Dijon.

M. Collignon (Marcel), professeur agrégé du Val-de-Grâce, section technique du service de santé, détaché au ministère de la Guerre, direction du service de santé, est affecté à l'hôpital militaire Percy, à Clamart, comme médecin-chef.

M. Derappe (Adrien), médecin-chef de l'hôpital du camp de Mailly, est affecté à l'hôpital militaire de Nancy (service).

M. Guiot (Marie-Joseph-Isidore-Clément), médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Châteauroux, est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte d'Amiens. Rejoindra le 25 août 1931 (service).

*Médecins commandants :* M. Gobinot (Charles-Marie-Jules-Eugène), du 107e rég. d'artillerie à Chaumont, est affecté à l'hôpital militaire du camp de Mailly, comme médecin-chef (service).

M. Potier (Louis-Ernest-Michel-Ivan), du 17e rég. d'artillerie à Sedan, est affecté au 131e rég. d'infanterie à Orléans. Attendra l'arrivée de son successeur (service).

M. Hote-Bridon (Louis-Clément), de la place de Lyon, service de la garde républicaine mobile, est affecté à la 3e légion de garde républicaine mobile, Lyon.

## NOUVELLES *(Suite)*

*Médecins capitaines :* M. Giraud (Pierre-Albert), de la région de Paris, garde républicaine mobile, est affecté à la 1re légion de garde républicaine mobile, région de Paris.

M. Le Roch (Armand-Alfred-Joseph-Marie), de la région de Paris, garde républicaine mobile, est affecté à la 1re légion de garde républicaine mobile, région de Paris.

M. Pouget (Roger-Henri), du 182e rég. d'artillerie lourde, Vincennes, est affecté au 6e rég. de dragons, Vincennes.

M. Vandier (Emile-Touy-Gaston-Guy), du 6e rég. de dragons, Vincennes, est affecté à l'école militaire d'administration, Vincennes.

M. Fouque (Charles-Honoré), de la place de Marseille, garde républicaine mobile, est affecté à la 3e légion de garde républicaine mobile, Marseille.

M. Guillamet (Ange-Louis-Marie-Pierre), du 80e rég. d'infanterie, Narbonne, est affecté au 81e rég. d'infanterie, Béziers (service).

M. Madelaine (Jacques-Marie-Joseph), du 65e rég. d'infanterie, Vannes, est affecté au 28e rég. du génie, Montpellier (service).

M. Moulines (Théodore-Jules), du 106e rég. d'artillerie, le Mans, est affecté au 8e rég. de chasseurs à cheval, Orléans (service).

M. Cosserat (Léon-Bernard-Eugène), des territoires du Sud-Algérien, est affecté au 146e rég. d'infanterie, Metz (service).

M. Monginet (Jean-Jacques-Fernand), du 117e rég. d'infanterie, le Mans, est affecté au 106e rég. d'artillerie-le Mans.

*Médecin lieutenant :* M. Montaguard (François, Joseph-Gabriel), du 38e rég. d'aviation, Thionville, est affecté aux troupes du Levant (service).

**Hôpital maritime de Berck-Plage.** — Un cours de vacances en douze leçons sur les tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires et quelques affections de l'appareil locomoteur sera fait à l'hpital maritime de Berck-Plage, du 3 au 14 août, par MM. Etienne Sorrel, ancien chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Berck-Plage, chirurgien de l'hôpital Trousseau, et André Richard, chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Berck-Plage, chirurgien des hôpitaux de Paris, avec la collaboration de MM. Andrieu, Bouquier, Delahaye, chirurgiens assistants de l'hôpital maritime ; M. et G. Mozer, chefs de laboratoire de l'hôpital maritime ; Parin, chef de laboratoire de radiologie de l'hôpital maritime, et G. Huc, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph de Paris, assistant d'orthopédie à l'hôpital des Enfants-Malades.

*Programme des cours.* — Lundi 3 août : Mal de Pott. Lésions anatomiques, aspect clinique et radiologique. Diagnostic et traitement.

Mardi 4 août : Coxalgie, anatomie pathologique, signes cliniques et radiologiques. Diagnostic, traitement. Les pseudo-coxalgies (ostéochondrites, arthrites infectieuses, coxa-vara).

Mercredi 5 août : Tumeur blanche du genou.

Jeudi 6 août : Les scolioses, formes anatomiques et cliniques. Traitement. L'épiphysite vertébrale : aspect radiologique et clinique.

Vendredi 7 août : Ostéo-arthrites tuberculeuses du membre supérieur (épaule, coude, poignet).

Samedi 8 août : Ostéites et ostéo-arthrites tuberculeuses du cou-de-pied et du pied.

Dimanche 9 août, 9 heures du matin : Ostéites et abcès froids des parois thoraciques.

Lundi 10 août : Ostéites, ostéo-arthrites et lésions ganglionnaires non tuberculeuses (syphilis, mycoses, maladies ganglionnaires,etc.), diagnostic clinique, diagnostic de laboratoire et traitement.

Mardi 11 août : La luxation congénitale de la hanche et son traitement.

Mercredi 12 août : Ostéites, ostéo-arthrites du bassin. Généralités sur la tuberculose osseuse, articulaire et ganglionnaire.

Jeudi 13 août : Traitement des pieds bots et des pied-plats. Déformations rachitiques. Etude clinique et thérapeutique.

Vendredi 14 août : Traitement orthopédique et chirurgical de la maladie de Little et de la paralysie infantile. Présentation de pièces anatomiques de tuberculose osseuse.

Les cours auront lieu l'après-midi, à 2 heures. Les matinées seront consacrées aux opérations de grande chirurgie, aux ponctions, à la confection d'appareils plâtrés, aux démonstrations de laboratoire.

La première réunion aura lieu le lundi matin 3 août, à 9 heures, et sera suivie d'une visite des différents services de l'hôpital maritime. Droit d'inscription : 300 francs (les internes des hôpitaux de Paris en sont dispensés). Pour tous renseignements, écrire au Dr Delahaye, hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

**Ve Voyage médical international Cévennes-Pyrénées.** — Parmi les voyages annuels créés par la Société médicale du littoral méditerranéen, et la Fédération médicale, thermale et climatique pyrénéenne, le Cévennes-Pyrénées mérite une place à part. La région qu'il parcourt réunit et synthétise, en effet, les attraits climatiques, thermaux, historiques et touristiques, des vastes territoires représentés par les deux grandes fédérations méridionales : Littoral méditerranéen et Pyrénées.

Le voyage est placé sous le patronage de la Faculté de Montpellier. Il commence dans cette ville, le dimanche 30 août, par la visite de la vénérable Faculté (qui compte dix siècles d'existence). Après la réception du professeur

## NOUVELLES *(Suite)*

Euzières, doyen, et la Conférence inaugurale du professeur Giraud sur la géographie climatique et hydro-minérale de la région, le Voyage, sous la direction du professeur Paul Delmas (dont l'érudition est aussi sûre dans le domaine de l'histoire que dans le domaine de la médecine), consacrera ses premiers jours à l'étude des monuments grandioses dont cette région est si richement parée : les cités médiévales de Maguelone, Aigues-Mortes, Carcassonne, les Arènes de Nîmes, la Maison carrée, les Bains de Diane, le Pont du Gard, rediront leur glorieux passé, par la voix des archéologues qui accompagneront le Voyage à cet effet.

Puis l'on visitera les merveilles naturelles des Cévennes : le Mont Aigoual, l'Abîme de Bramabiau, l'Aven Armand les Gorges du Tarn, la cité industrielle de Mazamet et la Montagne Noire, la station climatique de Lacaune, enfin La Malou, capitale hydro-minérale et climatique des Cévennes.

La deuxième partie du voyage, moins riche en documents historiques et géologiques, sera par contre plus fournie en ressources médicales : l'on visitera en effet les stations climatiques de Font-Romeu et de Superbagnères, le sanatorium des Escaldes et les stations thermales d'Usson, d'Ax-les-Thermes et de Luchon, tout cela au long de la splendide route des Pyrénées, avec les arrêts classiques en Cerdagne, aux cols de Puymorens et du Tourmalet (2 122 mètres), à l'hostellerie des Frontignes, aux Abbayes de Saint-Lizier et de Saint-Bertrand de Comminges.

Le voyage se terminera à Luchon, le 10 septembre, mais une excursion facultative le suivra (10-12 septembre) qui permettra de voir les deux plus beaux sites des Pyrénées : le Pic du Midi et le Cirque de Gavarnie, ainsi que la très intéressante station de Lourdes, où l'on assistera à un pèlerinage et à l'examen des malades.

Il est impossible de trouver ailleurs tant d'objets divers, du plus haut intérêt historique, scientifique, médical et touristique réunis dans un seul itinéraire et dans un temps si court ; et c'est bien là ce qui fait l'attrait exceptionnel du voyage Cévennes--Pyrénées.

Comme dans les voyages précédents, des permis de parcours à demi-tarif seront mis à la disposition des adhérents, valables pendant un mois, sur les chemins de fer français. Des démarches sont entreprises pour obtenir le même avantage dans la traversée de la Suisse et de l'Italie, à l'aller et au retour.

Les demandes doivent être adressées à la direction des voyages Cévennes-Pyrénées, à La Malou (Hérault). Les membres de la famille du médecin sont admis aux mêmes conditions que lui-même. Le nombre des places étant limité, et un délai étant indispensable pour obtenir les permis de parcours, il y a lieu de hâter le plus possible les demandes d'adhésion.

### MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

31 Aout-4 Septembre. — *Berne.* Congrès neurologique international.

Septembre. — *Moscou.* IXe Congrès des gynécologues et accoucheurs.

2-7 Septembre. — *Budapest.* Congrès de l'Association internationale de stomatologie.

5 Septembre. — *Faculté de médecine.* Clôture du registre d'inscription pour le concours d'agrégation.

7 Septembre. — *Rome.* Congrès international pour les études sur la population.

8 Septembre. — *Capvern.* Concentration à Capvern du XXIVe V. E. M.

11 Septembre. — *Dijon.* École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de chef des travaux de physique.

14 Septembre. — *Budapest.* Congrès de l'Association stomatologique internationale.

15 Septembre. — *Angers.* École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale.

18 Septembre. — *Clermont.* École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'anatomie.

19 Septembre. — *Toulouse.* Faculté de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de clinique obstétricale.

20 Septembre. — *Nantes.* École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'École de médecine.

20 Septembre. — *Buenos-Aires.* Congrès national du Service social de l'enfance.

22 Septembre. — *Tours.* École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physique.

26 Septembre. — *Grenoble.* École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale.

# VARIÉTÉS



## ÇARAÂTH
## LA LÈPRE BIBLIQUE.
## LE CHAPITRE XIII DU LÉVITIQUE ET LE TRAITÉ NEGAIYM

*(Suite).*

**Par le Dr M. TRÉNEL**

Médecin de l'Asile-Clinique Sainte-Anne.

*Versets* 29-39. — NÉTHÉQ=DÉPILATION, PELADE (?), TEIGNE (?). — Encore ici on a compliqué à plaisir la question. On a voulu exiger de la part des médecins des temps préhistoriques des descriptions cliniques impeccables quand il y a peu d'années encore elles étaient dans l'enfance ; il faut se rappeler que ce n'est que Bazin qui a restreint la dénomination de « teigne » aux maladies cryptogamiques et que ce n'est que par Sabouraud que l'étude en est entrée dans une période scientifique. Et que dit celui-ci (1) : « Presque en tous les pays, une des espèces trichophytiques, qui d'ailleurs n'est pas partout la même, a pris comparativement aux autres une plus grande fréquence. Chaque pays se trouve ainsi avoir son type objectif de trichophytie le plus fréquent, différent en plus ou en moins de ce qui est le plus fréquent d'un pays voisin. » On ne peut, par conséquent, s'étonner que la description de la Bible ne se décalque point sur les cas européens. Ne dit-il pas encore : « En fait, il n'y a pas un médecin sur dix (peut-être sur cent) qui sache poser exactement le diagnostic différentiel de la pelade et de la teigne tondante, même dans un cas à peu près typique » (2). Qu'on ne soit donc pas trop sévère pour la description biblique, ni pour notre exposé.

Pour éviter de préjuger en rien de la question, nous avons adopté le terme imprécis de *dépilation.* Signalons en passant qu'en arabe épiler se dit *nettef.* Cependant Saadia emploie ici le mot *kalaf,* qui veut dire « tache de rousseur ».

Les versets concernant le *néthéq* ne sont pas les moins curieux. Mais qu'est-ce que le néthéq ?

La traduction classique est teigne ; on sait combien sont variés les aspects des trichophyties. Les descriptions assez compréhensibles du texte hébraïque ne s'appliquent exactement à aucune d'entre elles. Au verset 30, la présence de cheveux décolorés et ténus, par conséquent fragiles, correspond assez à la tondante à petites spores. Rachi, disons-le en passant, donne une glose curieuse, à propos de la coloration jaune des cheveux, pour expliquer le mot *çohof,* doré (voisin de *zohof,* or), *orable* écrit-il en un mot (d'après Darmesteter, de *aurabilem,* susceptible d'être doré, d'aspect doré).

Ce qui fait encore penser à la possibilité d'une tondante, c'est que dans la Michnah il est fait allusion à des cheveux n'ayant plus que juste la longueur suffisante pour être coupés aux ciseaux (N. X.) ; il semble donc que l'on connaissait une affection où les cheveux se brisent au ras de la peau. La Michnah signale aussi la multiplicité possible des plaques de néthéq (X, 1) et leur confluence. Et il est à remarquer qu'elle connaissait plusieurs espèces de néthéq, puisqu'elle emploie ce terme au pluriel.

Elle envisage le cas où deux plaques de néthéq sont voisines l'une de l'autre (N. X, 6), celui où elles sont concentriques (X, 7) ; elle porte la précision jusqu'à discuter si un seul cheveu jaune et ténu est ou non un signe d'impureté (X, 4). Et que signifie cette déclaration singulière au premier abord : « Rabbi Chimon ben Yehoudah dit au nom de Rabbi Chimon : « Tout nethéq « une fois qu'il est devenu pur ne redeviendra « jamais impur » (X, 8). Il nous semble que cela indique que l'affection en question, une fois guérie, ne récidive pas. Dans le même ordre d'idée il est dit : « Tout poil jaune, une fois qu'il a été déclaré pur, ne reviendra jamais impur. »

Il est précisé (X, 5) comment on doit délimiter la plaque de néthéq : on réserve autour de la lésion un anneau de l'épaisseur de deux cheveux afin de bien remarquer la moindre extension pendant la période d'observation.

On est excusable de rester dans l'incertitude sur la valeur des descriptions quand les Tanaïm eux-mêmes ne sont pas d'accord sur le sens des termes. Rabbi Akiyba et Rabbi Johanan ben Nouriy ne s'entendent pas sur le sens du mot *daq* (N. X, 1) qui caractérise l'aspect du cheveu malade : d'après l'un, *daq* signifie « court » ; d'après l'autre, le mot indiquerait « un poil ténu et long ».

Le seul caractère d'extensibilité ou de non-extensibilité des plaques de néthéq pendant la courte période d'observation consacrée, s'il suffit au prêtre pour déclarer ou non l'impureté, ne nous apporte aucune donnée clinique utilisable.

Les Septante ne nous avancent pas, mais l'étude de leur traduction est assez curieuse.

Ils traduisent néthéq par θραῦσμα (*Macula* traduit la Vulgate, ce qui n'éclaire guère le sens). Θραῦσμα voudrait dire blessure, débris ; ce sont les seuls sens donnés par le dictionnaire de Bailly. Or θραῦσμα vient de θραύω, comme néthéq vient de *nathaq* ; l'un et l'autre verbe signifient bien briser, rompre ; et Xénophon emploie ce verbe

(1) SABOUREAU, Trichophyties (*Pratique dermatologique* de Besnier, p. 477).

(2) SABOURÉAU, *Entretiens dermatologiques,* 1913, XIII, p. 196.

dans la phrase suivante (*Cynégétique*, VI, 1) : « Que les colliers soient doux et lisses afin de ne pas user les poils des chiens. » Pris en ce sens donc, le substantif θραῦσμα signifierait quelque chose comme dépilation et *néthéq* aurait le même sens ; en raison du sens vague de ce dernier terme, c'est, nous le répétons, celui que nous adopterons de préférence à teigne ou pelade ou tel autre trop précis, et l'on comprend que les Septante aient par analogie employé le mot θραῦσμα (1).

C'est dans le même sens que la Bible polyglotte de Walton, dans la traduction du texte samaritain, emploie le terme *convulsio*, qui paraît au premier abord incompréhensible. Le mot est pris ici dans le même sens que θραῦσμα, comme venant de *convellere*, dont l'un des sens est « briser ». Cette acception de ce mot est ignorée des Dictionnaires de Freund et de Forcellini, mais le *Thesaurus* de Matthias Gesner précise qu'il a ce sens dans l'ancienne médecine : *Sed antiquis medicis latius patet et usurpatur ubicumque aliquid distractum luxatumve est.* La *Versio antiquissima* traduit littéralement par *fractura*.

La version latine que commente saint Augustin employait d'une façon analogue le mot : *quassatio* (*Patrologie* de Migne, t. XXXIV. *Questionum S. Augustini in Heptateuchum*, XLVIII).

Cette même servilité à l'égard du sens étymologique a fait traduire par Aquila *néthéq* par ἀπόσπασμα, par le Græcus Venetus σπάσμα, par la traduction juive de 1547 ἀνάσπασμα (d'après Blondheim, p. 160).

Il est curieux de voir que, dans le chapitre XIII, une lésion qui rappelle la pelade soit rapprochée de la lèpre. En cela le rédacteur de ce chapitre se montre en quelque sorte un précurseur et fait preuve de sens clinique ; et nous rappellerons à ce sujet l'opinion de Darier qu'il est intéressant de rapprocher de notre texte : « C'est avec la pelade que le vitiligo offre les points de contact les plus nombreux. Cazenave l'avait même considérée comme une variété de vitiligo. En fait, chez beaucoup de peladiques, la peau des plaques déglabrées est, parfois après un stade d'érythème, décolorée d'un blanc laiteux ou ivorin (pelade achromateuse de Bazin). Le plus souvent, les cheveux de repousse sont blancs pendant des mois ou restent tels définitivement chez les sujets ayant passé l'âge moyen. Il en est ainsi après bon nombre de décalvantes (2). »

Le rapprochement de la çaraâth et du néthéq est encore affirmé par la conclusion du chapitre XIV (verset 54) concernant le rituel des purifications : « Telle est la loi pour toutes lésions de lèpre et pour le néthéq. »

De même qu'il n'est pas fait d'allusion à l'anesthésie, il n'en est pas fait clairement non plus à la chute des poils du corps ; la dépilation n'est spécifiée que pour la barbe et la chevelure. Néanmoins le verset 35 fait allusion à l'extension de la dépilation sur le tégument. Mais nous trouvons au chapitre XIV, qui traite de la purification après guérison de la çaraâth, un détail qui nous paraît combler cette lacune clinique. Il est parmi les cérémonies rituelles de purification du *meçorâ* guéri certains actes qui prouveraient que la çaraâth est bien la lèpre. Il est vraisemblable que le lépreux guéri n'était pas en réalité un lépreux, mais avait été atteint de quelque autre dermatose curable ; cela tombe sous le sens. *Mais il devait accomplir certains rites simulant la maladie incurable.* Ce n'est pas autrement que l'on peut expliquer la singulière cérémonie consistant (Lévitique, XIV, 8-9) à se raser entièrement : « Celui qui se purifie lavera ses vêtements, il rasera tout son poil, se baignera dans l'eau et il sera purifié, et il rentrera dans le camp, mais restera hors de sa tente pendant sept jours. Au septième jour, il se rasera tout son poil, sa tête, sa barbe, ses sourcils (3), tout son poil il le rasera, il lavera ses vêtements, il baignera sa chair dans l'eau et il sera purifié. » Nous voyons là une preuve que çaraâth était bien la lèpre, car ce serait pour simuler un de ses symptômes, la chute des poils, que le prétendu *meçorâ* les rasait. Cet acte rentre dans la loi, très générale dans le folk-lore, de la simulation ou de la représentation matérielle d'une maladie, soit pour l'écarter, soit pour en obtenir la guérison, soit pour célébrer cette guérison. C'est une des modalités de la conjuration et de l'*ex-voto*. Nous ne croyons pas que cette tonsure soit simplement l'une des innombrables cérémonies où toute l'antiquité —

(1) Galien emploie un terme analogue, θραῦσις, pour désigner l'une des lésions du système pileux (in *Définitions médicales*, Οροι ἰατρικοι, Edition Kuhn, t. XIX) : « CCCVI. Πάθη τριχῶν ἔστιν ἐννέα, ῥοπαλωσις, διχοφυΐα θραῦσις, ἀτροφία, ξηρασία, πολίωσις, ῥυσις, ἀλωπεχία, ὀφίασις. Les lésions pilaires sont au nombre de neuf : rapalosis, dicophuia, thrausis, atrophie, dessiccation, blanchiment, rusis, alopécie, ophiase ». Il donne ensuite la définition de chacune de ces affections que nous ne chercherons pas à identifier ici. Nous nous bornons à citer sa définition de la θραῦσις : « CCCIX. La Thrausis est une chute anormale des cheveux assez semblable à des cheveux coupés aux ciseaux : Θραῦσις ἔστιν ἀνώμαλας τριχῶν ἀπόπτωσις παραπλησία τοῖς ἄπο ψαλίδος κεχαρμενοις. »

Il n'y a pas de doute ici : il s'agit de la tondante ; nous indiquons ailleurs qu'une même description est donnée dans le Talmud.

(2) Article *Vitiligo* (Darier) de la *Pratique dermatologique* de Besnier.

(3) Le traité Nazir (VIII. 2) spécifie que le Nazir lépreux doit se raser « *jusqu'aux sourcils* selon l'usage de raser les lépreux guéris ». Cet usage était strictement réservé aux lépreux : le Deutéronome (XIV, 1) interdit de se raser les sourcils en signe de deuil.

## VARIÉTÉS *(Suite)*

du *nazir* hébreu à l'éphèbe hellène — faisait intervenir soit la consécration, soit le sacrifice de la chevelure ou de la barbe, — cérémonie qui s'est perpétuée dans la tonsure ecclésiastique qu'on voit déjà dans Apulée, où toute la cérémonie d'initiation du sectateur tonsuré d'Isis est l'exact modèle de la messe ; — nous avons l'entière conviction que cette pratique confirme notre opinion de l'identité de la çaraâth et de la lèpre vraie (1).

Quoique n'ayant pas spécifié l'alopécie, certaines prescriptions édictées pour l'examen des suspects de çaraâth prouvent qu'elle était connue. En effet, la description détaillée des postures que l'on doit faire prendre aux malades, différentes pour l'homme et la femme, paraissent bien destinées à mettre en évidence les régions velues (N. II, 4) : l'homme doit faire le geste de sarcler et de cueillir les olives ; la femme, le geste de rouler la pâte et d'allaiter son enfant, et de la main droite celui de tisser, de la gauche celui de filer.

C'est dans le même sens que nous interpréterons les cérémonies de purification du chapitre XIV, verset 14 : « Le Cohén prendra le sang de l'*acham* (sacrifice délictif) et le Cohén attouchera le lobe de l'oreille droite de celui qui se purifie, le pouce de sa main droite et l'orteil de son pied droit. » Ensuite il fait la même cérémonie avec de l'huile. Il n'y a pour nous aucun doute que ce soit là encore un acte représentatif de la lèpre que cet attouchement des extrémités des membres, siège habituel des lésions les plus graves de cette maladie en raison des mutilations dont elles sont atteintes. Et cette hypothèse est renforcée par un passage du traité *Nazir* (VI, 9) : « ... pour la purification définitive d'un lépreux (meçora) il est indispensable d'oindre l'orteil d'huile balancée [le balancement des offrandes est un geste rituel]. Mais n'a-t-on pas enseigné qu'en vertu de l'expression « la loi du lépreux », *thorath ha-meçora* (Lévitique, XIV, 2) il est entendu que le lépreux sera désormais pur, *soit qu'il ait des orteils, soit qu'il n'en ait pas.* Samuel justifie cet enseignement d'après l'opinion de Rabbi Eliazar qui dit : *A défaut d'orteils, on met l'huile à leur emplacement.*



*Versets* 40-44. — GABAH'ATH. QARAH'ATH. CALVITIE. — Aux versets concernant la pelade font suite ceux concernant la calvitie.

On peut admettre sans invraisemblance que c'est intentionnellement que les prescriptions concernant la décalvation ont été inscrites dans la loi au chapitre de la çaraâth ; la lèpre s'accompagnant d'une alopécie généralisée sauf au niveau du cuir chevelu, il importait de spécifier que la calvitie n'est pas par elle-même une cause d'impureté, puisqu'elle n'a pas pour cause la lèpre.

Au verset 41, le législateur déclare pur un individu dont la décalvation commence par les angles de la face. Ce terme (*peh'as panaph*) peut s'entendre aussi bien de la tempe que de l'angle externe de la saillie sourcilière.

Dans l'hypothèse de la lèpre, c'est ce dernier sens qui est le plus probable, étant donné que l'alopécie sourcilière externe est un signe constant de la lèpre. Or les Septante traduisent : « Ἐάν δέ κατὰ πρόσωπον μαδήσῃ ἡ κεφαλὴ αυτοῦ ἀναφαλαντίος ἐστὶ. »

Pourquoi ἀναφαλαντίος, c'est que justement ce terme signifie peut-être *alopécie sourcilière*, et c'est Aristote qui nous le dit : « Ἡ μὲν οὖν κατὰ κορυφὴν λειότης φαλακρότης καλεῖται, ἡ δε κατὰ τὴς ὀφρῦς ἀναφαλαντίασις. » Néanmoins le sens traditionnellement admis est celui de « calvitie antérieure ».

Soit dit en passant, ceci nous apprendrait qu'Aristote avait observé une maladie donnant lieu à l'alopécie sourcilière, peut-être la lèpre, quoiqu'on ait nié qu'il l'ait connue non plus qu'Hippocrate.

Toujours est-il que la calvitie antérieure et postérieure sont pures. Mais, si sur la calvitie apparaît un élément éruptif, qui au verset suivant est désigné comme un nodule blanc rougeâtre, et que le prêtre constate que ce nodule ressemble à la çaraâth du corps, l'homme est déclaré lépreux. Il se trouve que le juif bessarabien du service du professeur Gougerot est chauve et présente dans sa calvitie de larges macules rougeâtres, reliquat de tubercules en régression, et fait ainsi revivre pour nous le lépreux du verset 42 du Lévitique dont il réalise les conditions pour être déclaré *çaroua* comme l'édicte le verset 44.

Le *Traité Negaiym* (X, 10) invoque des causes variées de la calvitie : la chute des cheveux peut provenir de l'absorption de *néchém* ou de friction avec le *néchém*, ou par une blessure à la suite de laquelle les cheveux ne repoussent plus. On ignore

(1) Le *Traité Qiddouchin* (I, 2) donne un détail pittoresque : « Il est de tradition que le lépreux devra se raser toutes les parties du corps *aussi lisse qu'une courge.* » Seuls les cils étaient exceptés (*Tosefta Negaiym*, VIII, 4), par crainte de blesser l'œil.

Le rasement était l'objet des règles les plus compliquées et donne lieu à des dispositions minutieuses (dont l'exposé, si intéressant pour le folklore, nous entraînerait trop loin), dans le traité Nazir en particulier en raison des complications qui surgissaient pour le Nazir devenu lépreux suspect, car la nécessité de se raser était en contradiction avec son vœu qui l'obligeait à laisser croître sa chevelure. Voy. aussi l'extraordinaire chapitre VI d'Ézéchiel, et Jérémie, VII, 29. Dans le *Traité Moëd Qatan*, III, 1, sont données les règles du rasement durant les demi-fêtes.

# VARIÉTÉS *(Suite)*

ce qu'est le néchém. Rachi le rend par le mot *sam* qui signifie aromate.

Le vieux français du Glossaire du XIII[e] siècle a deux mots correspondants : à *gibéah* celui de « fenêtre », à *gabah'ath* celui de « enfenetrure », à *qarah'ath* celui de « enchalvure ».

***

*Verset* 38-39. — BOHAQ. — Qu'est-ce que le bohaq?

Si le *bohaq* est bien l'ἀλφός comme le veut la traduction des Septante, ἀλφός d'un autre côté, si l'on s'en rapporte à la description de Celse qui en fait la première des espèces du *vitiligo*, serait à peu près certainement le psoriasis, opinion qui est, en dernière analyse, adoptée par plusieurs auteurs, entre autres par Védrènes dans sa traduction du *De re medica*. Le texte est clair : « Ἀλφός *vocatur ubi color albus est, fere subasper et non continuus ut quædam quasi guttæ dispersæ esse videatur : interdum latius et cum quibusdam intermissionibus serpit.* On nomme alphos un exanthème de couleur blanche dont les éléments sont rugueux et non confluents, ayant en quelque sorte l'aspect de gouttes éparses ; parfois cependant il prend de l'extension et une tendance serpigineuse par poussées. »

Le terme de *psoriasis guttata* s'est perpétué dans le langage médical, et à côté de cette forme vulgaire il en existe d'autres où le psoriasis est réellement serpigineux et se présente sous l'aspect de placards de formes variées (*p. orbicularia, gyrata, figurata, scutata*). Mais de plus, — la remarque n'en a pas été faite, croyons-nous, — Celse décrit un signe important, aujourd'hui classique, et qui fixe le diagnostic et le pronostic : c'est le *saignement* caractéristique que provoque le grattage des plaques de psoriasis : « *Utrum autem aliquod horum sanabile sit, an non sit, experimento facile colligitur. Incidi enim cutis debet, aut acu pungi : si sanguis exit, quod fere fit in duobus prioribus* (ἀλφός *et* λευκή) *et remedio locus est.* On reconnaîtra par un procédé facile si telle d'entre elles (de ces trois formes de vitiligo) est curable ou non. On incise la peau ou on la pique d'une épingle ; si le sang vient à sourdre, ce qui a presque toujours lieu dans les deux premières formes (alphos et leucé), l'affection est curable. » Avicenne et après lui Actuarius font aussi allusion à ce signe clinique (1), qui, aujourd'hui dénommé « signe d'Auspitz », mériterait mieux le nom de « signe de Celse ».

Il faut remarquer, comme on le voit dans notre tableau synoptique, que *bohaq* est devenu plus tard un terme ne désignant plus qu'un élément éruptif et est synonyme de *bahéréth*, et non plus une maladie définie. Preuss fait observer que, quoique le *bohaq* ne rende pas impur, il n'en est pas moins une cause d'exclusion de cérémonies du culte pour le prêtre qui en serait atteint, parce que la maladie est apparente (T. Bekoroth, V, 3 ; Megillah, 24 *b*).

Rachi donne une explication singulière du mot *bohaq*, il en compare la blancheur à celle de la peau d'un homme roux entre ses taches de rousseur et, pour plus de clarté, il écrit le mot français « rousseau ». Le Glossaire du XIII[e] siècle traduit : « lentilos », taches de rousseur (2).

L'auteur de la version hébraïque d'Avicenne traduit *morphœa nigra* par bohaq noir (*bohaq cheh'or*).

Dans le texte samaritain où bahéréth, est traduit par bohaq, il en résulte un pléonasme au verset 39.

Le mot *bohaq* a encore cours dans la langue médicale arabe et désignerait une éruption bénigne (d'après Hoffmann, t, I, p. 385). C'est le mot que donne Saadia. Gesenius traduit par *vitiligo.*

*Baqaâ* en arabe occidental, *Bouquaâ* en arabe oriental, signifie vulgairement « tache ».

Le traité *Berakoth* 58[b], désigne d'après Jastrow sous le nom de *bohaqaniy* l'individu atteint de pustules blanches. Mais ce qui nous intéresse le plus c'est que celui-ci, quand c'est un Cohén, est exclu de la cérémonie de la bénédiction des Cohanim parce qu'il aura à montrer la paume des mains dans le geste hiératique consacré : nous en concluons qu'il s'agit bien de psoriasis, le psoriasis palmaire étant l'une des localisations, moins rare qu'on ne l'a dit, de cette maladie.

La bénignité du bohaq est confirmée par de singulières dispositions du traité *Negaiym* (VIII, 6) . Nous avons vu qu'en cas de bahéréth généralisée, l'individu redevenu par cela même pur, la réapparition d'une région saine ramène l'impureté. Un élément de bohaq, ne fût-il que de la grandeur d'une lentille, joue le même rôle qu'une région saine : « (L'éruption) s'est étendue à tout le corps mais non dans le bohaq, il est impur ; si les extrémités des membres apparaissent comme le bohaq, il est pur. »

On a proposé de prendre aussi le bohaq dans le sens d'albinisme. Jastrow interprète le mot *bohéq* de Bekhorot B. 45[b] : *on glistening (with unsteady*

(1) *Actuarii Sachariæ Medicus sive methodi medendi liber*, Henrico Mathisio Brugensi Med., interprète, 1556 (p. 142).

(2) Voy. à ce sujet A. DARMESTETER et BLONDHEIM (ouvrage cité) : page 110 sont données toutes les références sur ce terme et ces gloses.

## VARIÉTÉS *(Suite)*

*eyes albino*) ; devrons-nous interpréter ceci comme désignant l'iris rose de l'albinos (?).

Est-ce la crainte de procréer des enfants albinos qui fait édicter, à cette même page, de ne pas épouser une femme blanche, texte que nous a signalé M. Back ?

## REVUE DES REVUES

**Tétanos généralisé. Guérison par la sérothérapie et le somnifène endoveineux** (Dr Grognot, de Châtillon-sur-Marne, **Concours médical**, nos 44 et 45, 2 et 9 novembre 1930).

Il s'agit d'un cas de tétanos généralisé grave, traité tardivement et ayant donné l'impression d'un cas absolument désespéré ; or, non seulement la maladie a cédé, mais elle a cédé rapidement ; cependant, les doses de sérum injectées sont des doses fortes, mais non ce qu'on a coutume d'appeler des doses massives. L'auteur attribue cette heureuse issue, non seulement au tempérament de la malade, personne robuste, au sérum intrarachidien et sous-cutané injecté, mais aussi à l'anesthésie due au somnifène : la malade plongée dans le sommeil a vu disparaître toutes les crises dues à une excitation, l'ébranlement du système nerveux provoqué par les crises étant en partie supprimé. Il semble bien à l'auteur qu'on a dans le somnifène un moyen sûr et rapide de juguler les souffrances atroces du tétanos, sans empêcher le malade de s'alimenter. De plus, le somnifène a permis d'éviter l'emploi du chloral, toujours mal supporté. Mais dans certains cas l'auteur a dû s'aider de l'action du sédormid et surtout des injections de pantopon qui ont complété utilement l'action de l'hypnotique.

Il a été dit récemment que la narcose chloroformique n'était pas sans inconvénient au cours du tétanos, et que, en tout cas, elle rendait les injections de sérum moins efficaces. Il semble au contraire, d'après l'auteur, que l'anesthésie favorise l'action du sérum et que les cellules nerveuses inhibées se laissent mieux imprégner par les antitoxines.

# LA MÉDECINE AU PALAIS

## LES REMÈDES SECRETS ET L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA PHARMACIE

*(Suite).*

« Attendu, d'ailleurs, qu'il résulte de nombreuses décisions de justice que Theulin, aux droits de qui se trouve actuellement Réjou, ayant rempli toutes les formalités nécessaires pour faire régler son indemnité, il ne serait pas juste de le priver de la jouissance de sa propriété aussi longtemps que sa demande d'indemnité n'aura pas été acueillie ou rejetée ;

« Qu'à l'heure actuelle, aucune commission compétente n'existe pour statuer sur cette demande ;

« Attendu que, dans ces conditions, il n'est pas possible de dire que les prévenus vendent un remède secret non autorisé en vendant la pommade de la Veuve Farnier, qu'il existe dans la cause des circonstances atténuantes en faveur de Réjou :

« Par ces motifs, et ceux non contraires des premiers juges, et faisant droit à l'appel du ministère public,

« En ce qui concerne Grenouilleau :

« Confirme le jugement en ce qu'il l'a acquitté du chef d'escroquerie et l'a déclaré coupable d'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie :

« Et attendu que la peine prononcée est insuffisante eu égard à la gravité des faits, la Cour, faisant droit à l'appel du ministère public, élève à 500 francs le montant de la peine prononcée :

« Réformant, l'acquitte du chef de vente de remède secret ;

« En ce qui concerne Réjou :

« Confirme le jugement en ce qu'il a acquitté Réjou du chef de vente de remède secret ; le réforme en ce qu'il l'a acquitté du chef de complicité dans l'exercice illégal de la pharmacie, le déclare coupable à Thiviers, en 1927, de complicité par moyens fournis, avec Grenouilleau, dans le délit d'exercice illégal de la pharmacie, et lui faisant application des articles 33 de la loi du 21 Germinal an XI, 463 du Code pénal, qui ont été lus à l'audience par M. le Président, et qui sont ainsi conçus... le condamne à 100 francs d'amende.

« Statuant sur les demandes de la partie civile :

« Donne acte à l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques de son désistement à l'égard de Réjou ;

« Condamne Grenouilleau à payer 1 franc de dommages-intérêts à chacune des parties civiles ;

## LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

« Confirme le jugement entrepris en ce qui concerne les insertions ;

« Et vu l'article 195 du Code d'instruction criminelle, lu à l'audience par M. le Président, et transcrit au jugement, condamne les prévenus solidairement aux frais de première instance et de la cause d'appel, ces derniers liquidés à 229 fr,35, non compris l'enregistrement de l'arrêt : 11 fr. 20, et les droits de poste s'élevant en appel à 13 francs ; fixe à six mois la durée de la contrainte par corps. »

La question si délicate des remèdes secrets ne trouve pas dans l'arrêt de la Cour de Douai que nous venons de rapporter une solution qui paraisse définitive.

En effet, avant la loi du 21 Germinal an XI, la législation française en matière de pharmacie était des plus complexe et des plus contradictoire ; la loi de Germinal ne fut faite que pour réglementer définitivement toute cette matière ; elle n'y réussit que très imparfaitement, puisque depuis lors la jurisprudence a dû, en s'inspirant de la loi créée, prendre une série de décisions pour tous les cas mal définis ou non prévus par la loi de Germinal.

C'est ainsi qu'avant l'an XI les pouvoirs publics avaient donné de nombreuses autorisations de vendre certaines spécialités pharmaceutiques sans même avoir recherché quelle était la composition de ces remèdes et sans aucune espèce de garantie. La loi de Germinal, dans ses articles 32 et 36, interdit formellement la vente de ces remèdes ; il apparaissait donc que désormais les autorisaitons antérieures était abrogées et que seuls les remèdes conformes à la loi de Germinal pouvaient être vendus.

Mais c'est alors qu'intervint un décret impérial du 25 Prairial an XIII ; ce décret, paraissant ignorer la loi de Germinal, déclarait que les remèdes qui avaient fait l'objet d'une autorisation entérieure échappaient à la loi de Germinal.

Le 18 août 1810 un nouveau décret intervenait. Celui-ci supprimait formellement toutes les autorisations, quelle que fût leur date, et pour régler les intérêts matériels ce décret décidait que les bénéficiaires d'autorisations soumettraient les remèdes permis à une commission qui examinerait les remèdes et en apprécierait la valeur.

*(A suivre.)*

Adrien Peytel,
*Avocat à la Cour d'appel.*

# NÉCROLOGIE

## LÉON LORTAT-JACOB (1873-1931)

Léon Lortat-Jacob vient de disparaître, à cinquante-huit ans, à la suite d'une maladie qui l'avait, pour ainsi dire, bousculé dans une vieillesse prématurée, où ses amis, depuis quelques mois, le voyaient tristement sombrer : son dos se voûtait; sa belle chevelure avait blanchi ; son regard s'était empreint d'une mélancolie grave ; son sourire avait pris un reflet de résignation, sans amertume pourtant, car il avait toujours été brave. Nous, ses amis, nous avions, hélas, compris la tragique signification de tous ces symptômes...

D'autres ont dit ou diront ce qu'était le médecin ; je veux seulement dire ici ce que fut l'homme et l'ami.

Bien qu'il fût mon aîné, nous avions contracté une de ces inoubliables amitiés que la guerre a fait naître, cimentée par des angoisses communes.

En septembre 1914, il était médecin-chef de l'ambulance 13/V et fut appelé, en cette qualité, à la direction d'un centre important de contagieux. J'étais, à la même époque, aide-major d'une ambulance du front. Il m'appela auprès de lui, et, collaborant de notre mieux, nous traitâmes ensemble, avec des moyens de fortune, les nombreux typhoïdiques de la troisième armée.

Je me rappelle avec émotion quelle régularité il apportait à son service, quel dévouement souriant ! et cependant, il était déjà malade, le souffle court, au vent glacé de la Meuse, emmitouflé dans un vaste cache-nez. Tous l'aimaient, ses chefs et ses subordonnés, tous désiraient sa présence, parce qu'il apportait avec lui de la gaité, de l'optimisme et cet enjouement qu'il avait encore avec nous, il y a seulement quelques semaines, alors qu'il se savait marqué pour une mort prochaine.

J'étais à ses côtés, lorsque je tombai malade moi-même. C'est lui qui me soigna et mon évacuation marqua la fin de notre collaboration, mais notre amitié ne devait plus s'éteindre.



Le Dr Léon LORTAT-JACOB.

De ces souvenirs du front, qui s'estompent déjà, de ces heures lointaines qui paraissent pourtant si proches à ceux qui les ont vécues côte à côte, je conserve intacte l'image de notre pauvre ami Lortat, figure de croyant, sans fanatisme, ni intolérance, fidèle aux offices religieux. Il avait dans toute sa vie tant de dignité, de propreté morale, d'indulgence pour tous que celui-là même qui aurait pu exercer contre lui des représailles, ne l'osa jamais...

L'après-guerre fut pour lui l'ère d'une orienta-

# NÉCROLOGIE (Suite)

tion définitive vers la dermatologie. Il avait été, en première année, interne de Tenneson, dermatologiste de Saint-Louis, et c'est dans ce même hôpital qu'il exerça sa spécialité, après deux années passées à Bicêtre.

Pour tous, pour les profanes, pour le public, il était dermatologiste, mais pour nous, qui le connaissions, il était autre chose, car, derrière ses qualités de spécialisation, il possédait une forte culture de médecine générale. C'était un clinicien avisé, plein de bon sens, de perspicacité, dont les qualités étaient la résultante de ses aptitudes naturelles et de l'enseignement des grands maîtres, Dejerine, Jeanselme, Landouzy, dont il avait été l'interne.

J'ai commencé par me défendre, au début de ces lignes, de parler du médecin, mais je ne puis, en songeant à lui, ne pas prononcer le mot de cryothérapie. C'est parce que son nom restera attaché à cette thérapeutique des dermatoses, et parce que l'emploi de son cryocautère, si simple et si pratique, évoque son souvenir à la mémoire de tous que je le rappelle ici..., mais je n'en dirai pas plus, puisque c'est de l'homme dont je veux esquisser le souvenir.

Je le revois, dans sa famille, auprès de celle qui fut sa compagne et son soutien, père de famille souriant et pourtant patriarcal, au milieu de ses six enfants, dont l'un, interne des hôpitaux, offre à la destinée le visage stoïque et résigné des jeunes qui ont reçu, dès l'enfance, les grands enseignements du devoir, et dont l'autre, interne provisoire, voit s'ouvrir devant lui une carrière médicale pleine de promesses. Ils sont désormais tous deux aux côtés de la vaillante maman, dont les jeunes attendent encore soutien et direction morale.

Que les siens qui le pleurent avec nous, que son gendre Hallez, qu'il aimait comme un autre fils, sentent auprès d'eux, dans ces cruelles heures, notre amitié fidèle et qu'elle soit, pour eux, un réconfort, puisque « ceux-là seuls sont morts, que l'on n'a point aimés. »

P. HARVIER.

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 28 juillet 1931.*

**Mal de Caderas bovin et rage.** — MM. REMLINGER et BAILLY font l'exposé des importantes recherches expérimentales qu'ils ont faites à propos du mal de Caderas, maladie des bovidés du Paraguay, voisine de la rage paralytique. Ils concluent à l'idendité du mal de Caderas et de la rage.

**L'étiologie des méniscites.** — M. F. DOMINGUEZ admet deux types, l'un chirurgical, l'autre chronique. Dans l'étiologie de la méniscite chronique, il admet que très fréquemment une faiblesse permet au pied de se tourner en dehors, et comme conséquence l'usage de la partie postéro-externe du talon, qui dès ce moment devient une cause permanente, peut changer l'axe de stabilisation du tibia qui, au lieu d'être vertical, est incliné en haut, en dedans et en avant, et par conséquent le ménisque est continuellement traumatisé, ce qui explique la localisation antérieure de la lésion, la plus grande fréquence du ménisque interne et la continuité du traumatisme, même modéré ; enfin, la plus grande fréquence à droite, étant donné que presque tout le monde est droitier et que, par conséquent, la jambe droite supporte davantage le poids du corps pendant la marche.

Ce type de méniscite chronique qu'il appelle de « porte-à-faux », est susceptible, principalement, et à part les massages, d'un traitement orthopédique par l'addition d'une talonnette intérieure plus élevée sur son bord externe.

Dans ces conditions, et étant donnéela fréquence du défaut physiologique indiqué, la méniscite spontanée doit disparaître.

**Le moustique cavernicole ou l'adaptation de Culex pipiens à l'urbanisme moderne.** — M. LEGENDRE attire l'attention sur un nouveau danger qui se montre en même temps que l'urbanisme se développe dans notre pays. Dans une grande ville de l'Ouest, il a constaté qu'un moustique, le *Culex pipiens*, s'adapte admirablement dans les nappes d'eau souterraines provenant du tout-à-l'égout, comme dans l'eau des fosses septiques ou dans l'eau des citernes. Les moustiques y pullulent et s'échappent ensuite par les tuyaux d'aération.

Il est à craindre qu'aux colonies, le *Stegomyia fasciata*, moustique domestique, auteur de la fièvre jaune, qui y habite déjà les égouts, adopte aussi les fosses d'aisances quand l'urbanisme fera des progrès dans nos colonies. Il est prudent d'envisager ce grand danger pour le prévenir.

**Etude sur le lait de grand ramassage dans ses rapports avec l'alimentation infantile.** — M. FOUASSIER. — Pour l'alimentation des tout-petits, le lait de grand ramassage peut être employé comme aliment de remplacement sans danger, lorsque les soins nécessaires ont été pris dans ce but. Il y aura toujours des cas d'intolérance individuelle dont la solution relève du puériculteur, et aussi des mères insouciantes ou insuffisamment éduquées entre les mains desquelles le lait le plus sain se transformera en un bouillon de culture mortel pour leur enfant.

La surveillance dont le lait est l'objet de la part de la Préfecture de police et des services spécialisés d'État n'est pas étrangère aux améliorations constatées dans l'ensemble du traitement du lait.

**De la nécessité d'adopter une unité antirachitique internationale pour le dosage de la vitamine D.** — M. GÉO TIXIER attire l'attention sur la multiplicité des unités antirachitiques employées et sur les inconvénients qui peuvent résulter de la confusion de ces diverses unités.

M. Tixier demande que l'Académie de médecine défi-

nisse avec précision l'unité antirachitique en précisant notamment le poids des animaux employés, les tests de rachitisation et de guérison, la durée de l'expérience, etc., de manière que le dosage biologique puisse approcher l'exactitude d'un dosage chimique, les fabricants de spécialités pharmaceutiques devant êttre obligés d'annoncer la composition de leurs produits en unités antirachitiques.

**Procédé pratique de dosage en unités antirachitiques de la vitamine D.** — M. TIXIER montre toutes les difficultés inhérentes aux essais biologiques et les causes d'erreur qui peuvent fausser les résultats. Il donne des détails sur la façon dont ces dosages sont réalisés pratiquement dans ses laboratoires suivant une méthode éliminant soigneusement toutes les causes d'erreur ou d'insuccès.

**Les eaux minérales de la source Juvo.** — M. DESGREZ présente, au nom de M. P. BLUM et Mlle G. ACHARD, une communication relative à des « Recherches physico-chimiques sur les eaux minérales de la source Juvo (Altkirch). » Cette source, récemment captée, analysée par le Dr Dauvergne, donne une eau sulfureuse calcique froide peu minéralisée. L'examen physico-chimique, qui fait l'objet de cette note, montre que cette eau est fortement hypotonique par rapport au sérum sanguin : $\Delta = 0{,}06$ ; assez fortement dissociée en ions : $\alpha = 73$ p. 100 ; légèrement acide : $pH$ 6,8 ; peu radioactive. Source à ranger parmi les eaux anticatarrhales. L'eau de la source Juvo est la première de ce type décrite en Alsace.

**Septicémie à streptocoques traitée et guérie par le sérum antistreptococcique de Vincent.** — M. L. COURTY communique l'observation d'un malade de quarante-deux ans, atteint de septicémie à streptocoques à la suite d'infection locale. Légère suppuration locale, puis violent frisson, abattement très prononcé, fièvre élevée, phlegmon du médius du côté opposé et des tissus au niveau du pli du coude où avait été faite une prise de sang.

M. L. Courty incise et débride. Streptocoque dans les deux plaies.

L'état général restant grave et la fièvre persistante, on fait l'hémoculture qui donne le streptocoque hémolytique.

Alors on pratique pendant huit jours des injections de sérum antistreptococcique de Vincent, en partie sous la peau, en partie dans la veine, le sérum étant dilué dans 300 centimètres cubes de sérum physiologique. Injections faites lentement.

Amélioration de l'infection locale, puis de l'infection générale.

Cette septicémie à streptocoques, d'allure grave, a guéri sous l'influence des injections intraveineuses du sérum de Vincent.

**Note sur une épizootie de rage observée à Kindia (Guinée française).** — M. DELORME.

L'Académie entre en vacances pour deux mois.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

*Séance du* 10 *juillet* 1931.

**Influence des saignées quotidiennes sur le taux de l'urée sanguine du lapin.** — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC et Mme A. HUGO rapportent qu'au cours de recherches sur l'influence des saignées quotidiennes chez le lapin ils ont observé que le taux de l'urée sanguine peut atteindre, au bout de quelques jours, un taux parfois très élevé.

**Ostéite post-typhique récidivante à bacilles paratyphique B.** — MM. RIST, A. RAVINA et BONNET.

**Eruption herpétiforme généralisée préalable au développement d'une méningite cérébro-spinale.** — MM. MONIER-VINARD et PERRAULT.

**Typhoïde guérie par immuno-transfusion.** — MM. LÉPER et A. LEMAIRE.

**Myosite aiguë staphylococcémique.** — MM. CATHALA et STRIE.

**Maladie de Heine-Medin. Paralysie unilatérale du facial et du vago-spinal, avec signe de Babinski alterne.** — MM. DE LAVERGNE, ABEL, KISSEL et LEPOIRE rapportent l'observation d'une jeune fille de quinze ans qui présentait une paralysie des muscles de la face, du pharynx, de l'hémi-voile, de la corde vocale, du trapèze et du sterno-cléido-mastoïdien gauches, d'origine poliomyélitique.

L'atteinte des VIIe, IXe, Xe et XIe nerfs craniens du côté gauche s'accompagnait d'un signe de Babinski à droite.

Ainsi était esquissé un syndrome de paralysie alterne, dû à l'extension au faisceau pyramidal des lésions des noyaux bulbo-protubérantiels voisins, l'examen clinique ou électrique ne révélant aucun signe d'atteinte des cornes antérieures de la moelle.

Les auteurs rappellent les discussions qui ont eu lieu, dans ces dernières années, sur le mécanisme périphérique ou médullaire, du signe de Babinski observé au cours de la poliomyélite, et font remarquer que, dans leur observation, il s'agissait d'un signe de Babinski vrai, d'origine pyramidale haute, puisque, chez leur malade, l'intégrité de la moelle était certaine.

**Coma insulinique et grossesse.** — MM. F. RATHERY, J. SIGWALD et M. DÉROT rapportent l'observation d'une malade atteinte de diabète consomptif, traitée par l'insuline depuis deux ans et demi. Une grossesse améliore le diabète, car, au quatrième mois de la gestation, survient un coma hypoglycémique, avec une dose minime d'insuline supportée jusqu'alors. Ils rappellent l'action de la folliculine sur le diabète, et à propos de ces accidents hypoglycémiques, ils discutent l'influence des hormones génitales sur la sécrétion interne du pancréas.

**Le facteur constitutionnel dans la réceptivité à la diphtérie. Les familles à diphtérie.** — M. CH. ZŒLLER étudie l'existence du facteur constitutionnel dans l'éclosion de la diphtérie. Ce facteur est défini par les récidives de diphtérie chez un même sujet et surtout, chez des sujets vaccinés par la persistance d'une réaction de Schick positive ou par une atteinte de diphtérie. L'hyperréceptivité est-elle héréditaire ? On cite des exemples de familles à diphtérie. L'auteur en rapporte un exemple. Des enfants issus de deux familles à diphtérie ont subi la vaccination par l'anatoxine ; leur réaction de Schick est devenue négative et l'atteinte de diphtérie présentée par l'un d'eux est restée bénigne et a guéri sans sérothérapie.

**Hémoglobinurie quinique et bilieuse hémoglobinurique.** — M. E. MANOUSSAKIS montre que l'hémoglobinurie lié

à une idiosyncrasie quinique est nettement distiuete de la fièvre bilieuse hémoglobiuurique. Elle s'aeeompagne d'une chute de la tension artérielle, de leueopénie, d'uue diminution de la résistanee globulaire. La erise hémoglobinurique apparaît ehaque fois que le sujet essaye de prendre de la quinine dans un délai qui ne dépasse pas une heure à une heure et demie après l'ingestion ; elle est proportionnelle à la dose absorbée. L'hémoglobinurie d'origine quinique peut être traitée par la quinine, à la conditiou que le traitement soit eontinu et non intermittent.

**Traitement des troubles quiniques de nature idiosyncrasique.** — M. E. MANOUSSAKIS apporte une série d'observations démontrant que l'idiosyncrasie quinique n'est pas un obstacle à l'emploi du traitement quinique ehez les paludéens. Pour faire tolérer la quinine, il suffit de l'administrer avant que la dose déjà absorbée, et qui déclenche les aeeidents, soit éliminée. Il rappelle à eette oeeasion les earaetères pathognomoniques de l'idiosyncrasie quinique.

**Immunité antimorbilleuse naturellement acquise et anergie grippale.** — M. LE BOURDELLÈS relate l'histoire d'une épidémie réeente de rougeole, ehez des adultes, où la proportion des réeidives a atteint 40,8 p. 100. Dans une épidémie satellite d'oreillons, eette même proportion atteignait 14 p. 100. Ces épidémies évoluaient en fonetion d'une réeurrenee de grippe, et l'auteur estime que le fléchissement de l'immunité naturellement aequis, doit être interprété comme une conséquenee épidémiologique de l'anergie grippale. Ce fléehissement de l'immunité, dans les eireonstanees épidémiques envisagées s'est eneore trouvé mis en lumière par d'ineontestables réeidives à brève éehéanee (moins d'un an). La durée d'ineubation de la rougeole-récidive, souvent diffieile à apprécier, a, dans certains eas, paru très eourte, ee qui permettrait d'envisager la deuxième atteinte eomme un fait d'allergie. Enfin les renseignements reeueillis sont en faveur d'un mode d'aetion indireet de l'anergie grippale, faeteur épidémiologique d'hypervirulence mierobienne, plutôt que de modifieation du terrain.

**Modifications des réflexes vago-sympathiques sous l'influence de l'hydrothérapie.** — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et JEAN ROLAND (de Divoune) communiquent leurs premières recherches sur les réaetions vago-sympathiques reeueillies par la méthode graphique ehez des sujets atteints de psyehonévroses variées et soumis à l'hydrothérapie sous forme de douehes sédatives en pluie de 38 à 30° ou de douehe stimulantes au jet pereutant froid à 15°.

Les graphiques reeueillis permettent de dégager différents types réactionnels dont le plus fréquent est caraetérisé par la diminution de l'exeitabilité vago-sympathique eonséeutivement à la douehe sédative.

L'étude eomparative de ees deux variétés de douehes chez un même sujet permet de mettre en évidenee la différenee de leurs effets, comme le montre le traeé chez un obsédé vago-sympathique : alors que la douehe calmante diminue parallèlement les réflexes oculo-cardiaque et solaire, la douche froide en jet diminue légèrement le réflexe oculo-eardiaque mais exagère considérablement le réflexe solaire.

On voit donc quelle médieation nuancée peut être l'hydrothérapie.

**La réaction de Wassermann, anomalie isolée du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques.** — MM. SÉZARY, BARBÉ et G. LÉVY signalent une altereation rare du liquide eéphalo-rachidien des syphilitiques, eonsistant uniquement dans une réaetion de Wassermann positive, tandis que la leueoeytose et l'albuminose sont normales. Cette formule dissoeiée est indépendante de l'état de la réaetion sanguine. Elle est exeeptionnelle ehez les syphilitiques non traités. Les auteurs l'ont trouvée eependant dans un eas de syphilis héréditaire tardive et ehez un paralytique généal. Ils l'ont reneontrée dans 4,5 p. 100 des eas de paralysie générale traités par sotvarsol sodique. Dans 11 eas sur 15 suivis suffisamment, le liquide a repris ensuite toutes ses anomalies : il s'agissait d'une rémission biologique peu intéressante. Dans deux cas, elle persiste depuis plusieurs mois sans modifieation. Dans deux eas, enfin, elle a préeédé le retour à la normale des earaetères du liquide. Il est à noter qu'il n'y a aueun parallélisme entre l'évolution elinique et l'évolution des réaetions biologiques, comme les auteurs l'ont antérieurement établi d'une façon générale. Ce syndrome indique le plus souvent une résistanee de la paralysie générale à l'arsenie pentavalent. Son pronostie est moins sérieux ehez les autres syphilitiques.

**Un cas de méningoparatyphus B.** — M. L. RIVET et Mlle R. GAUTHERON relatent l'observation d'une femme de quarante-trois ans, ehez laquelle, en déeembre 1929, on avait eonstaté l'existenee d'un signe d'Argyll-Robertson, avee 24 lymhoeytes par millimètre eube dans le liquide eéphalo-raehidien. En avril 1931, elle fut amenée à l'hôpital avee une méningite aiguë nettement earaetérisée au point de vue elinique, avee un liquide eéphalo-rachidien elair, mais eontenant par millimètre eube 131 éléments, qui étaient exclusivement des polynucléaires. Cinq jours après, les signes méningés avaient disparu, et la polynucléose avait fait plaee à une lymphoeytose de 50 éléments. Cette méningite aiguë marquait le début d'une paratyphoïde B, qui évolua ensuite normalement, la détermination méningée initiale ayant été vraisemblablement appelée par la syphilis diffuse du névraxe préexistante.

**De l'existence d'un double bruit par la percussion abdominale dans l'ascite.** — MM. C. LIAN et J. ODINET ont eonstaté que la pereussion eombinée à l'auscultation fait entendre un seul bruit dans un abdomen normal, et un double bruit dans un ventre aseitique : e'est ee phénomène qu'ils déerivent sous le nom de *signe du bruit de flot ascitique ou du double bruit ascitique*.

La constatation de ce symptôme est plus nette que eelle de la reeherehe du signe du flot par la pereussion eombinée à la palpation ; de plus, elle est plus faeile, ear elle ne néeessite pas l'interposition d'une main sur la ligne médiane.

Le double bruit aseitique augmente beaueoup d'intensité dans la station debout. En outre, la pereussion dans cette attitude fait percevoir le signe de la *matité horizontale*, même dans des ascites très minimes, impossibles à diagnostiquer par l'examen dans les décubitus dorsal et latéraux.

Par conséquent, l'examen dans la station debout est susceptible de rendre de grands services dans le diagnostic des ascites peu abondantes, grâee à la recherche du

## SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

signe du bruit de flot ascitique et du signe de la matité horizontale, tous deux très nets même dans les ascites minimes.

**La prépondérance ventriculaire droite électrocardiographique.** — MM. C. LIAN et V. GOLBLIN. — Il y a lieu de limiter l'appellation de prépondérance ventriculaire droite aux cas où l'accident initial du complexe ventriculaire se résume à peu près exclusivement en un grand S en D[1] et un grand R en D[3].

Dans ces conditions, abstraction faite du bloc de branches et de l'inversion des organes, non seulement la constatation d'une prépondérance ventriculaire droite implique que certainement le sujet examiné est un cardiaque, mais elle permet en outre d'affirmer qu'il a une surcharge fonctionnelle du ventricule droit.

Dans 66 p. 100 des cas, la prépondérance ventriculaire droite se rencontre dans le rétrécissement mitral, pur ou associé à une autre cardiopathie valvulaire. Dans 20 p. 100 des cas, elle s'observe dans les maladies de l'orifice pulmonaire, les artérites pulmonaires, et les diverses cardiopathies congénitales.

**Néphrose lipoïdique. Lipoïdurie dans les néphrites.** — M. ACHARD estime que le seul caractère constant de la néphrose lipoïdique est une surcharge lipoïdique du rein, une lipoïdose rénale, dont le signe le plus certain est la lipoïdurie. Cette lésion se rencontre à divers degrés dans des néphrites de toutes sortes aiguës et chroniques, épithéliales et scléreuses, hydropiques et azotémiques. Il y a là toute une chaîne de faits entre lesquels une coupure ne saurait être que conventionnelle.

Aussi conviendrait-il de renoncer à décrire parmi les maladies propres de rein une néphrose lipoïdique et d'envisager plutôt la lipoïdose rénale, se traduisant par la lipoïdurie, dans des affections rénales diverses, légères et réparables parfois (c'est le type dit pur de la néphrose), ou inteuses et progressives (c'est le type dit associé).

Il y a des cas où la lipoïdurie est tardive, il en est où elle subit des éclipses. Mais on ne peut parler de néphrose lipoïdique sans la constatation de lipoïdes dans l'urine ou le rein. Un procédé recommandable pour constater, à l'autopsie, les lipoïdes dans le rein consiste à chercher à l'état frais les corps biréfringents dans les frottis de la substance corticale. Les modifications humorales de la néphrose lipoïdique ne sont pas caractéristiques par leur nature. On les trouve dans d'autres états morbides, avec ou sans néphrites. Même dans la néphrose lipoïdique avec lipoïdurie, elles peuvent varier et chacune d'elles peut manquer.

Ce qui est plus particulier, c'est le haut degré de ces altérations humorales, qui n'est généralement pas atteint dans les autres états morbides que les néphrites lipoïduriques, notamment la faible valeur de rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{lipides}}$, l'abaissement de la myxoprotéine, l'abondance des lipides entraînés avec la sérine précipitée par acidification.

MAURICE BARIÉTY.

### SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

*Séance du 11 juillet 1931.*

**Influence de la thérapeutique sur les albumines du sang chez les diabétiques.** — MM. MARCEL LABBÉ et BOULIN concluent de l'étude de 19 cas, que, quelle que soit la thérapeutique mise en œuvre, régime seul ou associé à l'insuline, dès la désucration l'on voit dans 70 p. 100 des cas s'atténuer l'hypersérinémie, l'hyperprotidémie et l'augmentation du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$ ; dans plus de 60 p. 100 des cas même, on voit s'installer des valeurs normales ou inférieures à la normale.

**Le taux du phosphore sanguin et de ses différentes formes dans les leucémies et les anémies.** — MM. MARCEL LABBÉ, M. PETRESCO et M. FABRYKANT ont montré que dans la leucémie aiguë, à l'exception du phosphore minéral qui demeure normal, toutes les autres fractions du phosphore sanguin, et en conséquence le phosphore total, sont fortement abaissées. Les variations sont analogues et même plus accentuées dans l'anémie pernicieuse. Dans la leucémie myéloïde chronique, toutes les fractions du phosphore sanguin marquent une augmentation exagérée.

Les auteurs attribuent ces variations du phosphore sanguin et de ses fractions (sauf le phosphore minéral) aux modifications quantitatives et qualitatives des globules rouges et blancs du sang.

**Les variations du phosphore sanguin sous l'influence des injections intramusculaires d'adrénaline chez l'homme.** — MM. MARCEL LABBÉ, M. FABRYKANT et M. PETRESCO, chez l'homme normal et dans quelques états pathologiques ont montré que quinze minutes après l'injection intramusculaire d'un milligramme d'adrénaline, le taux du phosphore total reste sensiblement égal au taux antérieur. Par contre, le taux du phosphore minéral est constamment abaissé, tandis que celui du phosphore organique non lipidique marque une élévation constante (le phosphore lipidique restant pratiquement invariable).

Les auteurs admettent que la diminution du phosphore minéral après administration d'adrénaline est due à la transformation d'une partie de cette fraction phosphorée dans une forme non minérale : phosphore organique non lipidique.

**L'action cholérétique des dérivés du gaïacol.** — MM. ETIENNE CHABROL, R. CHARONNAT, M. MAXIMIN et R. WAITZ démontrent que l'action cholérétique du gaïacol appartient à toute une série de substances voisines qui n'ont pas encore été éprouvées : l'eugénol, l'alcool vanillique, la vanilline, l'orthovanilline, l'acide vanillique, la résine de gaïac ; l'action de ces substances est remarquable par sa constance et sa soudaineté. Il ne semble pas que les positions respectives des groupes OH, $OCH^3$ et CHO interviennent dans le déterminisme de la cholérèse si l'on en juge par l'orthovanilline ; il n'est pas nécessaire de respecter ici les positions privilégiées qui donnent électivement à la vanilline certaines de ses propriétés physiologiques.

**La sulfo-conjugaison intervient-elle dans la cholérèse?** — MM. ETIENNE CHABROL, R. CHARONNAT, M. MAXIMIN et R. WAITZ discutent l'hypothèse de Petrowa qui subordonne l'action cholérétique du gaïacol au pouvoir de sulfo-conjugaison de la glande hépatique. Ils développent à son encontre les arguments suivants :

1° Un phénol qui s'élimine de l'organisme en sa quasi-totalité, sans subir la sulfo-conjugaison comme la phloroglucine, peut augmenter du simple au double le volume de la bile ;

# SOCIÉTÉS SAVANTES[1] (Suite)

2° Il suffit d'introduire un groupement sulfoné dans une molécule cholérétique étrangère à la série des phénols pour la rendre inactive ; cela est vrai pour l'atophan, l'acide α camphocarbonique aussi bien que pour les naphtols ;

3° On peut réaliser *in vitro* la sulfo-conjugaison du gaïacol, de l'eugénol et du β-naphtol et reconnaître ainsi que les produits de synthèse n'exercent aucune action sur la sécrétion hépatique de la bile, lorsqu'on le éprouve dans les mêmes conditions que les phénols libres. Tous ces faits sont en désaccord avec l'hypothèse de Petrowa ; la sulfo-conjugaison n'est pas une condition nécessaire de la cholérèse ; d'ailleurs, la voie biliaire est loin de représenter l'émonctoire électif des substances sulfo-conjuguées élaborées par le foie.

**Action de l'insuline sur la glycémie hépatique et musculaire chez des chiens normaux et dépancréatés traités concurremment par des injections de glucose.** — M. F. Rathery, M^lles Gigert et Laurent, pour répondre à différentes critiques, ont traité leurs animaux par des doses faibles d'insuline et leur ont donné en même temps du glucose.

Chez le chien normal, les modifications du glycogène du foie et du muscle sont variables et se font tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre. Chez le chien dépancréaté, le glycogène s'est montré constamment diminué.

Les auteurs confirment ainsi les résultats qu'ils avaient antérieurement obtenus ; le glycogène du foie est loin d'être constamment augmenté après l'injection d'insuline ; il est au contraire plus souvent abaissé. Le point important, du reste, c'est la variabilité de la réaction du glycogène du foie.

**Etude de l'urée salivaire au cours des néphrites expérimentales.** — MM. Léon Binet et J. Marek, étudiant des chiens porteurs de néphrite provoquée par le nitrate d'urane, montrent l'intérêt qui s'attache à l'étude de l'urée salivaire. Le taux de celle-ci s'élève progressivement avec l'élévation de l'azotémie. L'étude comparative de la salive et du sérum sanguin montre que l'urée salivaire est souvent, mais non toujours, inférieure à l'urée sanguine.

**Pouvoir concentrateur des glandes salivaires pour l'urée sanguine.** — MM. Léon Binet et J. Marek, explorant les variations de l'urée dans la salive et dans le sang, sous l'influence de la pilocarpine, montrent que les glandes salivaires peuvent avoir un pouvoir concentrateur pour l'urée du sang. Il peut en être ainsi chez le chien normal et chez le chien porteur d'une néphrite expérimentale.

**Note préliminaire sur la valeur diagnostique de l'hémoculture chez les tuberculeux.** — M. A. Saenz, sur 300 échantillons de sang, provenant de tuberculeux ou de malades suspects, ensemencés selon la méthode de Löwenstein, a obtenu 18 cultures de bacilles acido-résistants, soit 6 p. 100, dont 11 sous la forme de micro-colonies, et 7 sous la forme de colonies macroscopiques. Parmi ces bacilles, Saenz a identifié un bacille présentant les caractères des bacilles paratuberculeux, un bacille du type aviaire (sang de lupique) et des bacilles des mammifères.

D'après l'auteur, l'hémoculture du bacille de Koch par la méthode de Löwenstein offre encore trop de difficultés pour entrer, comme moyen diagnostique, dans la technique du laboratoire, mais elle présente un intérêt considérable pour l'étude de la bacillémie.

**L'action immédiate des rayons X sur un protozoaire (paramécie).** — MM. A. Dognon et C. Piffault. — L'emploi d'un tube à rayons X capable d'émettre de très grandes intensités de rayonnement permet de produire en quelques minutes la mort des paramécies et d'étudier ainsi les conditions d'une radio-lésion cytoplasmique.

**Syndrome de Claude Bernard-Horner du coté opposé aux troubles sensitifs dans un cas de syndrome thalamique. Contribution à l'étude des centres sympathiques du diencéphale.** — MM. Georges Guillain, R. Garcin et J. Mafe ont observé chez un sujet présentant une lésion thalamique gauche un syndrome hyperalgique droit avec légers troubles dysmétriques et du côté gauche un syndrome de Claude Bernard-Horner apparu simultanément. Cette constatation clinique peut être rapprochée des faits expérimentaux de Karplus et Kreidl, F.-H. Léwy, Schrottenbach qui ont noté que l'excitation électrique pratiquée chez le chat d'un point situé à la base du diencéphale provoque à la fois une dilatation maximale des pupilles et une ouverture de la fente palpébrale. Schaltenbrand et Stanley Cobb ont signalé dans une lésion du thalamus chez le chat l'apparition d'un myosis avec rétrécissement de la fente palpébrale du même côté que la lésion. Il semble donc exister chez l'homme, comme chez les animaux, des centres sympathiques oculo-pupillaires dans la région thalamo-hypothalamique.

Chez leur malade, les auteurs ont constaté aussi un syndrome de vaso-paralysie du côté opposé au syndrome de Claude Bernard-Horner. L'existence d'un syndrome alterne de paralysie sympathique dans une lésion thalamique complète les notions déjà acquises sur les syndromes sympathiques alternés dans des lésions bulbo-protubérantielles.

**Gastrite et entéro-colites par élimination microbienne.** — MM. Félix Ramond, Dimitresco Popovici et Eugène Phocas démontrent au cours de leurs expériences sur le lapin que les microbes injectés par la veine marginale de l'oreille s'éliminent rapidement et en masse, surtout par la muqueuse gastro-duodénale, puis, à un moindre degré, par la muqueuse cæco-appendiculaire, et accessoirement par l'intestin grêle et le reste du côlon. Cette élimination intensive et prolongée peut provoquer des lésions plus ou moins profondes de gastrite ou d'entéro-colite, nettement décelables par l'examen histologique.

**Le facteur antirachitique dans les œufs conservés.** — MM. E. Lesné et Robert Clément ont pu constater par le contrôle biologique sur l'animal, que les œufs conservés dans une eau calcaire ou dans une solution de silicate pendant huit mois, les poudres d'œufs du commerce, les œufs durcis par la cuisson conservent encore dans leur jaune une certaine quantité de facteur antirachitique.

Le jaune d'œuf est un des rares aliments qui contiennent le facteur antirachitique, mais, même à l'état frais, sa richesse en vitastérine D, d'ailleurs variable, n'est jamais très considérable, et si son adjonction au régime est un excellent moyen pour prévenir rachitisme et tétanie, il n'est pas suffisamment riche en facteur D pour être utilisé seul en thérapeutique.

# SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

**Les troubles labyrinthiques dans la maladie de Friedreich.** — MM. GEORGES GUILLAIN, P. MOLLARET et M. AUBRY apportent les résultats de leurs recherches sur les troubles labyrinthiques dans la maladie de Friedreich. Ces recherches ont porté sur 24 malades. Dans les deux tiers des cas (16 sujets), ils ont observé des troubles labyrinthiques objectifs : hyperexcitabilité (2 cas), hypoexcitabilité (6 cas) ; hypoexcitabilité des canaux horizontaux avec inexcitabilité des canaux verticaux (7 cas) ; inexcitabilité totale (1 cas). La formule qui associe l'inexcitabilité des canaux verticaux à l'hypo-excitabilité des canaux horizontaux paraît fréquente et spéciale.

Les troubles labyrinthiques dans la maladie de Friedreich méritent d'être recherchés aux différentes étapes de l'affection. Les conclusions obtenues paraissent d'ailleurs avoir une portée plus générale, car ces troubles se retrouvent dans des affections voisines du névraxe telles que l'hérédo-ataxie cérébelleuse et la paraplégie spasmodique familiale.

**La vaccination des animaux domestiques contre le tétanos.** — MM. G. RAMON et E. LEMÉTAYER. — L'anatoxine tétanique dans laquelle on provoque un précipité de phosphate de chaux, par l'addition de chlorure de calcium, entraîne chez le cheval une production abondante d'antitoxine spécifique même si l'addition de chlorure de calcium a été faite longtemps d'avance et si le mélange a été chauffé. Le mécanisme de cette production s'explique par l'inflammation locale au point d'injection et par la résorption lente de l'antigène fixé au précipité de phosphate de chaux, le tout permettant une meilleure utilisation de l'antigène par l'organisme.

L'anatoxine tétanique additionnée de chlorure de calcium représente donc au point de vue pratique un bon agent d'immunisation active et peut être employée dans la vaccination courante des animaux domestiques, contre le tétanos.

**Sur l'immunité paraspécifique déterminée par le BCG à l'égard de l'infection charbonneuse.** — MM. C. NINNI et T. DE SANCTIS MONALDI, concluent de leurs expériences :

1° Que le BCG confère au cobaye une immunité paraspécifique démontrable expérimentalement par l'inoculation du virus charbonneux ;

2° Que cette immunité générale, qui est assez évidente vis-à-vis de faibles doses de bactéridie charbonneuse inoculées vingt-huit ojurs après le BCG, fait cependant presque défaut chez les animaux prémunis depuis quinze jours seulement, ce qui prouve qu'on ne doit pas la rapporter à l'antagonisme bactérien *in vivo* (puisque 25 à 33 p. 100 des animaux ont survécu) ;

3° Que l'immunité locale, également absente pendant les dix premiers jours, est assez évidente à partir du quinzième jour et plus marquée encore à partir du vingt-deuxième jour après l'inoculation du BCG (44 à 50 p. 100 des animaux survivants).

**Sur les modifications du pH des cultures en milieu synthétique de Sauton du bacille bilié de Calmette et Guérin.** — MM. J. VALTIS et T. DE SANCTIS MONALDI, en recherchant les modifications du *p*H des cultures du bacille bilié Calmette et Guérin en milieu synthétique de Sauton, ont observé que celles-ci se comportaient au point de vue *p*H comme celles de bacilles tuberculeux de type bovin dont le BCG provient.

**Réflexe moteur de la vessie et réflexe d'axone.** — M. et Mme A. CHAUCHARD et E. ABUREL montrent que les voies centripètes du nerf hypogastrique dans le réflexe moteur de la vessie se rangent par leur chronaxie (deux millièmes de seconde) dans le groupe des nerfs du système sympathique. Leur temps de sommation est de trois secondes, égal à celui des fibres centrifuges motrices du même nerf. Quant au réflexe ganglionnaire de Sokownin ou au réflexe d'axone de Langley, les auteurs n'ont jamais pu les mettre en évidence quand ils ont sectionné la totalité des voies nerveuses qui relient le ganglion mésentérique inférieur à la moelle et pris toutes les précautions pour éviter la diffusion du courant électrique.

**Influence de la section sur la chronaxie du nerf hypogastrique.** — M. et Mme A. CHAUCHARD et E. ABUREL retrouvent sur l'hypogastrique les phénomènes d'action des centres sur l'excitabilité nerveuse périphérique. La section a pour effet de produire une augmentation permanente de la chronaxie du bout périphérique. Il existe donc, pour les nerfs du système sympathique, comme pour ceux de la vie de relation, une chronaxie de constitution et une chronaxie de subordination.

**Recherche de l'insuffisance hépatique par différentes épreuves basées sur le métabolisme des hydrates de carbone.** — MM. BRULÉ et T. D. ALTHAUSEN. — Althausen a mis au point un procédé de recherche de l'insuffisance hépatique basé sur l'étude de la courbe de glycémie après injection de 20 unités d'insuline, ingestion de 50 grammes de glucose et de 1 500 grammes d'eau. Déjà étudiée dans de nombreux cas, cette épreuve provoque chez les hépatiques une hypoglycémie beaucoup plus accentuée que chez les sujets normaux. Il était intéressant de la répéter en faisant ingérer, non plus du glucose, mais du galactose. On sait, en effet, que le glucose, spécialement en présence d'un excès d'insuline, peut être directement utilisé par les tissus, tandis que le galactose ne semble être assimilable que par intrevention du foie. On pouvait en même temps, étudier la valeur de deux épreuves au galactose depuis longtemps employées ; d'une part, la recherche de l'hyperglycémie chez les hépatiques après ingestion de glucose, d'autre part, la recherche de la galactosurie.

Les auteurs ont mis en œuvre ces différentes épreuves pour comparer leur valeur chez les mêmes sujets. Ils rapportent les résultats obtenus chez 16 malades atteints d'affections hépatiques diverses.

**Valeur comparée des épreuves au glucose et au galactose dans l'étude de l'insuffisance hépatique.** — MM. BRULÉ et T.-L. ALTHAUSEN. — Chez les sujets normaux, l'épreuve modifiée de tolérance du galactose n'entraîne pas grand changement dans la glycémie.

Chez les hépatiques, l'étude de l'épreuve au glucose a confirmé les conclusions antérieures de Althausen. L'épreuve donne particulièrement des résultats très nets dans les cirrhoses ; elle s'y est cependant montrée une fois négative, ainsi que dans un cas de foie cardiaque.

L'épreuve du galactose donne des courbes de glycémie sensiblement analogues à celles observées dans l'épreuve au glucose, mais l'hyperglycémie et l'hypoglycémie sont moins accentuées. Au point de vue pratique, l'épreuve du galactose a donc une valeur moindre que l'épreuve du glucose.

# SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Daus l'épreuve du galactose, les réactions cliniques d'hypoglycémie s'observent avec une glycémie plus élevéc que dans l'éprcuve du glucose, ce que l'on pouvait prévoir si l'on admet que le sucre dosé dans le sang est surtout du galactose, sucre non assimilable par les muscles.

La recherche de l'hyperglycémie après ingestion de galactose est une méthode imparfaite de recherche de l'insuffisance hépatique, les chiffres obtenus restant très souvent à la limite dc la normale.

Dans les présentes recherches, comme dans des recherches antérieures, l'apparition de la galactosurie, en quantité normale chez les hépatiques, s'est montrée très inconstante. Le galactose n'apparaît dans l'urine que quand la glycémie dépasse un certaiu taux.

L'épreuve de tolérance du glucose, modifiée par l'injection d'insuline et l'ingestion d'une forte quantité d'eau, reste donc la meilleure des épreuves que nous avons étudiées. La substitution du galactose au glucose dans cette épreuve ne présente aucun avantage.

M. FIESSINGER demande si cette épreuve est vraiment exempte d'accidents. Il pense que dans l'épreuve au galactose, c'est la concentration urinaire de ce corps qui présente de l'intérêt et que ses variations ont un rapport important avec les différents états. Il préfère une épreuve avec un sucre non troublé par la traversée tissulaire comme le galactose.

M. BRULÉ n'a jamais observé d'accidents graves. Il pense que l'épreuve au galactose est théoriquement excellente, mais pratiquement elle ne donne pas de bons résultats. Quant à la galactosurie, ses résultats sont différents.

M. FIESSINGER est d'avis que les résultats diffèrent suivant les méthodes employées (polarimétrie en réduction).

**Recherches bactériologiques sur l'étiologie du bradsot islandais.** — MM. N. DUNGAL et J. DAVESNE ont fait l'étude bactériologique de six souches de microbes anaérobies isolées dans des cas de bradsot chez des moutons islandais. Ils ont identifié cinq vibrions scptiques ct un *B. perfringens*. Ce deruier microbe ayant été isolé dans un cas atypique, les auteurs concluent que la majorité des cas de bradsot chez le mouton islaudais sont causé par le vibrion septique, ce qui explique l'efficacité indiscutable de la vaccination pratiquée avec un vaccin préparé avec une souche de vibrion septique d'origine locale.

**Le phosphore sanguin dans le rhumatisme chronique.** — MM. MARCEL LABBÉ et M. FABRYKANT ont constaté dans le rhumatisme chronique une forte augmentation du phosphore organique non lipidique et du phosphore minéral, d'où il résulte unc hausse très nette du phosphorc total. Le phosphore lipidique est légèrement augmenté. Toutes ces anomalies disparaissent et les différentes fouctions du phosphore du sang deviennent normales au moment de l'amélioration clinique. Ce retour à la normale du phosphore sanguin ne doit pas être attribué à l'action seule des médicaments, car on l'observe à la suite de n'importe quel traitement (thorium X, salicylate lugol).

**Le phosphore sanguin dans quelques affections du foie.** — MM. MARCEL LABBÉ, M. FABRYKANT ct C. ZAMFIR ont cherché à déterminer le phosphore du sang et ses principales fractions au cours des divers états d'insuffisance du foie. Ils concluent : 1° le foie intervient dans le métabolisme du phosphore ; 2° au cours des affections hépatiques, le métabolisme cn est profondément troublé ; 3° deux types de variations du phosphore sanguin ont été constatés dans l'insuffisance du foie :

*a.* L'abaissement du phosphore lipidique et du phosphore minéral ainsi que du phosphore total avcc un taux normal du phosphore organique non lipidique (cancer secondaire du foie, cirrhose) ;

*b.* L'augmentation du phosphore total due à l'accroissement du phosphore lipidique et du phosphore organique non lipidique, le phosphore minéral restant normal (ictère catarrhal).

---

# NOUVELLES

**AVIS.** — Dans ce numéro de *Paris médical* et dans le prochain, il n'y aura pas de feuille des dernières nouvelles.

**XIIe Salon des médecins.** — Le Dr P. Prabier, secrétaire organisateur, prie instamment ses coufrères, ainsi que les membres de leur famille désirant y exposer, de lui envoyer le plus tôt possible leur adhésion, leur cotisation et la liste de leurs œuvres, soit avant le 1er août, soit enfin avant le 1er septembre, dernière limite. Ceci dans la crainte que les vacances ne leur fassent oublier ces dates.

**Direction médicale d'un sanatorium pour tuberculeux pulmonaires et osseux de malades du sexe féminin.** — La place de médecin-chef du sanatorium de Salem, à Aubure-Fréland, sera mise au concours à partir du 15 août 1931 (concours sur titres).

Les candidats à ce poste devront adresser, au plus tard, avant le 1er septembre 1931, leur demande au Comité de direction de la Caisse d'assurance des employés, 90, rue de Genève, à Strasbourg. A la demande doivent être jointes une copie certifiée conforme des diplômes obtenus et des titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances médicaels, scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Prière d'ajouter en même temps un exemplaire des publications et le *curriculnm vitæ*.

Le candidat doit connaître à fond les deux langues.

Une commission technique, nommée par le Comité de direction de la Caisse d'assurance des employés, estchargée d'examiner les titres des candidats. La nomination sera faite par le Comité de direction.

**Erection s'un monument à la mémoire du professeur Ulysse Grayon.** — Ulysse GAYON, doyen honoraire de la Faculté des sciences de Bordeaux, correspondant de l'Institut, commandeur de la Légion d'honneur, est décédé au mois d'avril 1928.

Disciple éminent de Pasteur, il avait, à l'exemple de son illustre maître, consacré toute sa vie à la science mise au service du bien-être de l'humanité.

Collaborateur de Millardet dans la lutte contre le

## NOUVELLES (*Suite*)

mildiou, il participa à la création de la bouillie bordelaise.

Il fut le fondateur de l'École de chimie de l'Université de Bordeaux et créa la Station agronomique et œnologique, centre d'études et de renseignements, dont le rôle est si utile et si efficace dans la région bordelaise.

La haute valeur scientifique des travaux de Gayon ne le cède en rien à leur utilité pratique. Ses études sur la dénitrification, sur les mucors, sur les ferments du vin, qui sont des modèles de précision et de probité expérimentales, ont servi la Science pure autant qu'elles ont enrichi l'agriculture, l'industrie des alcools et la vinification. Ses travaux sur les fumiers et les engrais ont également apporté une aide efficace à la production agricole.

Il recevait avec une affabilité qui lui gagnait toutes les sympathies ceux qui venaient solliciter ses conseils. Il les prodiguait à tous avec un complet désintéressement.

Tous ces éminents services rendus tant à la Science qu'aux industries agricoles semblent bien dignes d'une sanction durable. Aussi, sur l'initiative de la Société d'agriculture de la Gironde et avec l'appui de plusieurs groupements scientifiques ou régionaux, un Comité s'est formé en vue d'élever à la mémoire de Gayon un monument qui sera un hommage à sa vie de savant et le témoignage d'une juste gratitude.

Le Comité, en vue de la réalisation de ce projet, adresse un appel pressant aux anciens élèves du Maître qui sont tous restés ses admirateurs, à tous ceux qui ont tiré profit de sa vie de labeur et de son œuvre bienfaitrice, à tous ceux qui aiment la Science.

**Pour la lutte antituberculeuse.** — Sur la proposition de M. Henri Sellier, au nom de la III^e Commission, le Conseil général de la Seine vient de voter la délibération suivante :

« ARTICLE PREMIER — Le tableau annexé à la délibération susvisée du 27 mars 1929 approuvant le programme général des opérations à entreprendre sur l'emprunt départemental de 650 millions sera modifié de la manière suivante :

« Hygiène ;

« Agrandissement du sanatorium de la Tuyolle, à Taverny (Seine-et-Oise), néant.

« Aménagement d'un nouveau sanatorium dans le parc du domaine de Franconville, à Saint-Martin-du-Tertre (Seine-et-Oise), 11 430 000 francs.

« Acquisition de la station climatique de Belligneux-Hauteville (Ain), 13 570 000 francs.

« Création :

« 1° D'un nouveau sanatorium de 250 lits, pour hommes ; 2° d'un nouveau sanatorium de 250 lits, pour femmes ; 3° d'un sanatorium de rééducation pour 250 adultes hommes ; 4° d'un nouveau préventorium pour enfants. Néant.

« ART. 2. — Le crédit de 1 300 000 francs inscrit au budget de 1931, chapitre 23, paragraphe 9, article 15, pour aménagement du nouveau sanatorium de Franconville, est porté à 4 000 000 de francs, par prélèvement d une somme de 2 700 000 francs sur le crédit de 8 057 500 fr. inscrit au même budget, chapitre 30, paragraphe 13 article 15 (Réserve pour dépenses à déterminer ultérieurement). »

**L'organisation des services sanitaires et médicaux en Indochine.** — Le décret présidentiel suivant vient de paraître au *Journal officiel* (numéro du 21 juillet).

ARTICLE PREMIER. — Les services sanitaires de l'Indochine comprennent :

1° Des services militaires : service médical des troupes et établissements relevant du budget colonial ;

2° Des services civils : services d'hygiène et de médecine préventive, d'assistance médicale et d'assistance sociale, police sanitaire maritime et terrestre, postes consulaires médicaux d'Extrême-Orient ressortissant au budget général de l'Indochine et établissements hospitaliers du service général relevant des divers budgets de l'Union. L'exécution du service dans ces derniers reste dans les attributions exclusives du corps de santé militaire colonial.

ART. 2. — Les services militaires sont dirigés, dans les conditions prévues par le décret du 4 novembre 1903 sur le fonctionnement du service de santé aux colonies, par un médecin général ou un médecin général inspecteur des troupes coloniales, directeur du service de santé des troupes, placé sous l'autorité directe du général commandant supérieur et restant en liaison étroite avec l'inspecteur général de l'hygiène et de la santé publique pour les informations et mesures intéressant la salubrité publique ainsi que pour l'administration du personnel hors cadres du corps de santé colonial.

ART. 3. — Les services civils sont dirigés par un inspecteur général de l'hygiène et de la santé publique, qui relève directement du gouverneur général.

ART. 4. — L'inspecteur général de l'hygiène et de la santé publiques est nommé par décret sur la présentation du gouverneur général, après avis du conseil supérieur de santé des colonies et sur proposition du ministre des Colonies.

Il est choisi parmi les médecins hygiénistes particulièrement compétents appartenant :

Soit au corps de santé militaire colonial ;

Soit au corps de l'assistance médicale de l'Indochine ;

Soit au personnel des services urbains d'hygiène, écoles de médecine ou instituts Pasteur dans les colonies et pays de protectorat.

Dans le cas où il serait fait choix d'un médecin du corps de santé colonial, celui-ci serait placé hors cadres et maintenu dans cette position pendant la durée d'exercice de ses fonctions.

Par mesure transitoire, l'inspecteur général des services sanitaires et médicaux actuellement en fonction sera maintenu dans l'emploi d'inspecteur général de l'hygiène et de la santé publiques jusqu'à la fin de son séjour dans la colonie.

L'inspecteur général de l'hygiène et de la santé publiques siège au conseil du gouvernement, où il prend place entre l'inspecteur général des travaux publics et le directeur des douanes et régies.

ART. 5. — L'organisation des services médicaux civils, les attributions de l'inspecteur général et, en particulier, ses rapports avec les chefs d'administration locale seront déterminés par arrêté du gouverneur général.

ART. 6. — Les dispositions antérieures contraires au présent décret sont abrogées.

ART. 7. — Le ministre des Colonies, le ministre de la Guerre et le ministre du Budget sont chargés, chacun en

## NOUVELLES *(Suite)*

ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié aux *Journaux officiels* de la République française et de l'Indochine et inséré au *Bulletin officiel* du ministère des Colonies.

**Remplacements médicaux.** — A l'occasion des vacances et des remplacements, l'Office de répression de l'exercice illégal (Syndicat des médecins de la Seine) croit utile de rappeler l'article 6 de la loi de 1892 dont l'inobservation expose à des poursuites pour exercice illégal et complicité.

ART. 6 (modifié). — « Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours et munis de seize inscriptions, et les étudiants en médecine ayant terminé leur scolarité et étant dès lors munis de vingt inscriptions, peuvent être autorisés à exercer la médecine, pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé.

« Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois ; elle est renouvelable dans les mêmes conditions. »

Il est *stupéfiant* de lire dans un journal médical des annonces telles que la suivante : « Etudiant 12 inscriptions, ayant fait plusieurs remplacements, cherche emploi médical ou paramédical. »

**Le secret médical.** — Le Conseil d'administration de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine rappelle une fois de plus que l'article 378 du Code pénal, et la jurisprudence qui le consacre, imposent au médecin traitant, dans l'intérêt de la société et des malades, le respect absolu du secret médical.

En conséquence :

1° Le médecin traitant n'est autorisé à divulguer ce secret ni directement ni indirectement en dehors des cas où la loi lui en fait une obligation.

Lorsque le médecin traitant croit devoir, à la demande du malade, lui délivrer un certificat comportant un diagnostic, par exemple pour coups et blessures, il doit en apprécier l'opportunité et les conséquences et ne pas en dépasser le but ;

2° Les tiers (patrons, administrations publiques ou privées) ne peuvent exiger que la nature de la maladie soit révélée par le certificat médical délivré par le médecin traitant pour justifier une interruption de travail, une demande de congé ou tout mode de soins ;

3° La communication du diagnostic ne peut être faite par le médecin traitant au médecin contrôleur que si celui-ci est lui-même astreint au secret professionnel vis-à-vis de ses mandants. Cette communication ne devra être faite qu'avec l'autorisation du malade et dans les formes habituelles de la consultation ;

4° Par ailleurs, il est souhaitable :

*a.* Que dans les administrations ou collectivités diverses le service médical de contrôle des malades soit un service technique autonome et astreint au secret professionnel en ce qui concerne les malades en traitement ;

*b.* Qu'en ce qui concerne la mise à la retraite, l'obtention d'une pension ou de dommages-intérêts, hors les cas prévus par la loi, les dossiers médicaux indispensables soient établis, contrôlés ou discutés par des médecins de confiance, dont les conclusions utiles sans diagnostic seront seules révélées.

Le Conseil d'administration affirme une fois de plus l'incompatibilité des fonctions de médecin traitant et de médecin contrôleur à l'égard du même malade.

**Maternité Baudelocque.** — *Cours de perfectionnement du 31 aout au 12 septembre* 1931. — Lundi 31 août, 9 h. 30 à 11 heures, Mme Anchel-Bach : Examen de femmes en travail. — 11 heures à midi, M. Lacomme : Conduite à tenir pendant l'accouchement et la délivrance.

Mardi 1er septembre, 9 h. 30 à 11 heures, M. Laennec : Examens de femmes enceintes. — 11 heures à midi, M. Digonnet : Complications de la délivrance. — 14 h. 30 M. Digonnet : Forceps dans les variétés directes (en O. P. et en O. S.).

Mercredi 2 septembre, 9 h. 30 à 11 heures, M. Digonnet : Examens de femmes en travail. — 11 heures à Midi, M. Lacomme : Présentations de malades. — 14 h. 30, M. Ravina : Diagnostic et traitement des hémorragies pendant la gestation.

Jeudi 3 septembre, 9 h. 30 à 11 heures, M. Lacomme : Visite au Pavillon Tarnier. — 11 heures à midi, M. Digonnet : Discussions d'observations. — 14 h. 30, M. Digonnet : Diagnostic et traitement des viciations pelviennes. — 15 h. 30, M. Merger : Forceps dans les variétés transverses et obliques postérieures.

Vendredi 4 septembre, 9 h. 30 à 11 heures, Mme Anchel-Bach : Visite à l'isolement. — 11 heures à midi, M. Digonnet : Diagnostic et traitement des viciations pelviennes. — 14 h. 30, M. Mayer : Forceps dans les présentations de la face et du front.

Samedi 5 septembre, 9 h. 30 à 11 heures, M. Digonnet : Visite dans les suites de couches. — 11 heures à midi, M. Lacomme : Diagnostic et traitement des anomalies de la dilatation. — 14 h. 30, M. Mayer : Visite du Musée. — 15 h. 30, Mme Anchel-Bach : Extraction de siège.

Lundi 7 septembre, 9 h. 30 à 11 heures, M. Digonnet : Examens de femmes enceintes. — 11 heures à midi, Mme Anchel-Bach : Albuminurie et éclampsie. — 14 h. 30, M. Laennec : Version par manœuvres internes.

Mardi 8 septembre, Mme Anchel-Bach : Examens de femmes enceintes. — 11 heures à midi, M. Digonnet : Tumeurs au cours de la gestation et de l'accouchement. — 11 h. 30, M. Sureau : Dilatation artificielle du col. Ballons de Champetier de Ribes.

Mercredi 9 septembre, 9 h. 30 à 11 heures, M. Digonnet :

# NOUVELLES *(Suite)*

Examens de femmes en travail. — 11 heures à midi, M. Lacomme : Présentations de malades. — 14 h. 30, Mme Anchel-Bach : Complications de l'avortement. — 15 h. 30, M. Sureau : Embryotomie rachidienne.

Jeudi 10 septembre, 9 h. 30 à 11 heures, M. Lacomme : Visite à l'isolement. — 11 heures à midi, M. Digonnet : Discussion d'observations. — 14 h. 30, M. Seguy : Diagnostic et traitement des infections puerpérales. — 15 h. 30, M. Laennec : Basiotripsie.

Vendredi 11 septembre, 9 h. 30 à 11 heures, M. Digonnet : Visite dans les suites de couches. — 11 heures à midi, M. Lacomme : Soins à donner au nouveau-né, allaitement. — 14 h. 30, M Seguy : Lésions des voies génitales au cours de l'accouchement et leur traitement.

Samedi 12 septembre, 9 h. 30 à 11 heures, Mme Anchel-Bach : Examens de femmes enceintes. — 11 heures à midi, M. Powilewicz : Diagnostic et traitement de la syphilis maternelle-fœtale et infantile. — 14 h. 30, M. Mayer : Visite au Musée. — 15 h. 30, M. Laennec : Mort apparente du nouveau-né.

**Union internationale contre la tuberculose.** — La réunion annuelle du Conseil de direction de l'Union internationale contre la tuberculose, dont le président actuel est le professeur Frölich (Norvège), a eu lieu à Paris le jeudi 9 juillet ; dix-sept pays s'étaient fait représenter. A 10 heures du matin, une séance administrative réunissait les membres du Conseil au siège de l'Uinon, 2, avenue Vélasquez, Paris. La date de la prochaine Conférence de l'Union internationale, qui doit avoir lieu à La Haye, a été fixée du 6 au 9 septembre 1931, et les trois questions suivantes, choisies sur une liste de sujets proposés par les divers pays membres de l'Union, ont été inscrites à l'ordre du jour. Question biologique : *Realtions entre l'allergie et l'immunité* ; le rapporteur sera désignéultérieurement. — Question clinique : *La chrysothérapie* ; rapporteur, professeur Sayé (Barcelone). — Question sociale : *L'assistance post-sanatoriale* ; rapporteur, Dr B.-H. Vos (Hellendoorn). Suivant le précédent adopté à la Conférence d'Oslo, on désignera pour chaque question, à côté du rapporteur principal, dix co-rapporteurs choisis dans différents pays.

La séance scientifique a eu lieu dans les nouveaux laboratoires de la tuberculose, à l'Institut Pasteur, que les membres du Conseil ont visités sous la conduite du professeur Calmette. La séance a été consacrée au rapport du Dr Soper (Etats-Unis) sur *Un plan standard de lutte antituberculeuse* ; en l'absence du Dr Soper, ce rapport a été présenté par le professeur Opie (Etats-Unis). Ensuite le professeur Valtis (Grèce) a exposé les étapes de la lutte antituberculeuse dans son pays. Ces deux rapports ont été suivis d'une discussion à laquelle ont pris part le professeur Léon Bernard, secrétaire général de l'Union, le professeur Knud Faber (Danemark), le colonel Rudzki (Pologne), etc.

Le soir, les membres du Conseil de direction ont dîné au pavillon indo-chinois de l'Exposition coloniale, où ils ont été les hôtes du Comité national de défense contre la tuberculose. M. Blaisot, ministre de la Santé publique, avait bien voulu accepter la présidence de ce dîner et apporter aux membres du Conseil de direction les souhaits de bienvenue du Gouvernement français.

**Fédération internationale des sociétés de médecine et d'hygiène tropicales.** — Cette Fédération internationale, constituée sous la présidence de M. le professeur Achard, membre de l'Institut, avec le concours de personnalités de la médecine tropicale et exotique, groupe les sociétés adhérentes d'une vingtaine de pays qui ont approuvé les statuts et collaborent à son programme.

Sur l'invitation du Comité de rédaction de la *Revue des maladies des pays chauds*, des échanges de vue ont eu lieu en 1930 et 1931 avec diverses sociétés, dont les adhésions contribuèrent à la constitution légale de cette fédération internationale.

## MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

31 AOUT au 4 SEPTEMBRE. — *Berne*. Congrès neurologique international.

SEPTEMBRE. — *Moscou*. IXe Congrès panrusse des gynécologues et accoucheurs.

2 au 7 SEPTEMBRE. — *Budapest*. Congrès de l'Association internationale de stomatologie.

5 SEPTEMBRE. — *Faculté de médecine*. Clôture du registre d'inscription pour le concours d'agrégation.

7 SEPTEMBRE. — *Rome*. Congrès international pour les études sur la population.

8 SEPTEMBRE. — *Capvern*. Concentration à Capvern du 24e V. E. M.

11 SEPTEMBRE. — *Dijon*. École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de chef des travaux de physique.

14 SEPTEMBRE. — *Budapest*. Congrès de l'Association stomatologique internationale.

15 SEPTEMBRE. — *Angers*. École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale.

18 SEPTEMBRE. — *Clermont*. École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'anatomie.

19 SEPTEMBRE. — *Toulouse*. Faculté de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de clinique obstétricale.

20 SEPTEMBRE. — *Nantes*. École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'École de médecine.

20 SEPTEMBRE. — *Buenos-Aires*. Congrès national du Service social de l'enfance.

22 SEPTEMBRE. — *Tours*. École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physique.

26 SEPTEMBRE. — *Grenoble*. École de médecine. Clôture du registre d'inscriptionpour le concours de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale.

# VARIÉTÉS



### LES MÉDECINS DOIVENT ÉTUDIER LE NU

D'après M. Henry MEIGE

.. Et les conférences de l'hôtel Chambon [Caller] de succès en succès !

Après M. Maurice de Fleury, qui devait, nous a-t-on dit, occuper bientôt un fauteuil à l'Académie française, parallèlement à celui que l'Académie de médecine s'était honorée de lui offrir (la mort nous a brutalement ravi ce maître), après M. Jayle, fondateur de ces conférences, après M. Louis Martin de l'Institut Pasteur, après MM. Pasteur Vallery-Radot et le professeur Sergent dont le Dr Noir a paraphrasé l'étude sur le médecin d'aujourd'hui et le médecin de demain... voici que M. le Dr Henry Meige, professeur à l'École des Beaux-Arts, vient nous inviter à étudier le Nu...

Il faut donc croire que nous n'avons pas assez fréquenté les salles de dissection ; et cependant, ceux de notre génération ont connu et Farabeuf à Paris et aussi Poirier pendant que Charpy faisait rayonner sur l'École toulousaine le prestigieux enseignement que l'on sait.

Mais quelle fut notre erreur ! C'est *le nu vivant*, bien vivant (je n'ose dire tel que nous l'offrent à... jambes que veux-tu les music-halls de nos boulevards de Paris et d'ailleurs), mais le nu tout de même, sans épithète, le nu tout court, le nu de la Vérité sortant du puits historique, le nu que voudrait nous faire connaître l'éminent professeur des Beaux-Arts.

A la vérité, M. Meige n'est nullement un inconnu pour ceux qui musardent autour de la médecine et qui, en marge du sillon creusé par le Dr Cabanès, cherchent de-ci, de-là — tel le picoreur — leur pâture de « paramédical ».

Ouvrons donc *Esculape chez les Artistes* (1) : « Un médecin dont le nom est injustement oublié, Gerdy, a conçu, le premier, le plan d'un ouvrage d'anatomie des formes extérieures du corps humain, anatomie appliquée à la peinture, à la sculpture, à la chirurgie. Longtemps, aussi bien dans le domaine médical que dans le domaine artistique, un dogme a prévalu : le dogme du cadavre ; il a pesé lourdement sur tout l'enseignement des futurs médecins comme sur celui des futurs artistes.

« Depuis Gerdy, d'autres illustrations de notre science, Cruveilher, Charcot et, en ces dernières années, MM. Paul Richer et Meige, ont vigoureusement réagi contre cette doctrine. L'étude de l'homme vivant est appelée à se substituer, de plus en plus, à celle du corps inerte. » Et le Dr Cabanès de continuer :

« Ce qu'il importe à l'artiste comme au médecin, de connaître, c'est l'anatomie biologique, l'anatomie du vivant, c'est-à-dire de ses divers organes en fonctions, au cours des principaux actes de la vie de relation : la station, la marche, la course, le mouvement des membres. »

P. Richer concluait : « *La forme en mouvement voilà l'énigme que l'artiste passe sa vie à déchiffrer.* »

C'est parce qu'il sait bien qu'en tout médecin sommeille un artiste, que M. Henry Meige nous convie à l'étude du nu.

Au cours de son ouvrage, le Dr Cabanès reproduit *l'Onction magique avant le sabbat*, où une jeune sorcière, vrai modèle d'école, nous offre une incomparable anatomie encore qu'il nous soit parfaitement déplaisant de lui voir enfourcher le balai symbolique... *La recherche du sigillum diaboli* prêterait aussi à belle leçon sur le vivant. Il est cependant à craindre que les élèves ne soient plus occupés du « sujet » que du maître !...

Ceci de nous remettre en mémoire « le dernier-né » de Raymond Groc : *le Désir mis à nu*. Médecin, poète et philosophe à ses heures (lisez *le Chemin du bonheur*), Raymond Groc a, peut-être, voulu mettre le nu au service du désir ou lutter — à sa façon, j'entends bien — contre l'exposition de nu qui nous est *gracieusement* offerte sur les plages à la mode, ou encore illustrer quelques leçons de M. Henry Meige. Pourquoi pas ?

Au cours de quelques centaines de légers poèmes, Groc étudie le nu vivant sous toutes ses formes, tous ses aspects, toutes ses manifestations : *désir mis à nu, nu mis au service du désir, Nu pour le Nu*, sans autre. Il y a de tout cela, oui, sans autre chose.

*Sur le sable étendue,*
*Trop précise ta chair,*
*Muscles bleuis de veines,*
*Se trahit en plein air,*
*Hélas ! par trop humaine.*

Mais la forme, toujours la forme ou marmoréenne, ou échevelée, ou émaciée, ou efflanquée, ou amenuisée, ou sculpturale, ou enamourée, mais toujours vivante, bien vivante. Groc eût dû, après la conférence de M. Meige, nous lire quelques-uns de ses vers.

M. Meige se devait donc à lui-même de traiter en une conférence magistrale pourquoi le « nu », mais le nu vivant, avait ses préférences. Il nous convia à l'entendre en l'hôtel Chambon et à admettre ses conclusions et ses vœux si légi-

(1) Dr Cabanès, Esculape chez les artistes. Lib. Le François, Paris.

## VARIÉTÉS *(Suite)*

times. M. le Dr Meige, qui joint à ses connaissances médicales, très grandes, la compétence que lui donne son professorat à l'École des Beaux-Arts en matière d'esthétique, était évidemment très qualifié pour aborder un sujet jusqu'alors, systématiquement, semble-t-il, méprisé par la Faculté de médecine : Le Nu Vivant ! Non pas le nu cadavérique ou maladif qui n'a plus de secrets pour nos étudiants en médecine, mais *le nu normal, le nu sain*, qui n'est pas uniquement une planche anatomique schématisée, mais un corps plein d'imprévus, « de creux, de bosses graisseuses ou musculaires, variant selon les individus et les conformations de chacun ».

N'est-il pas inconcevable que le médecin qui ausculte, qui palpe, qui dissèque afin de déceler les maladies et les guérir, ne soit pas initié, par une science préalable, aux secrets du corps humain? N'est-il pas étonnant que cet apprentissage n'ait pas droit de cité à la Faculté, alors que le bon sens même le rend désirable et indispensable ?

La différence est grande, à la dissection, entre l'état du muscle mort, et son état actif. De l'étude des formes du muscle en action, de la configuration de la peau naît un rapprochement évident décelant les organes des couches profondes, et souvent leur état. Le muscle mort est une masse inerte, qui gagne en longueur, perd en volume et est très différent de ce qu'il est chez un sujet vivant !

L'ostéologie vivante est une étude primordiale dont les repères osseux viennent compléter les études pathologiques.

La chirurgie esthétique, heureusement, vient appuyer cette vérité de la nécessité de l'étude du nu. Ceux-là qui s'y sont donnés ont jeté quelque lumière sur cette matière, mais ils sont petit nombre encore... Cependant la Société de chirurgie esthétique fondée par les Dr Dartigues et Claoué comprend déjà près de cent membres !

Le Dr Meige a l'habitude d'un auditoire d'artistes... il s'est exprimé avec autant de simple éloquence que de souci de la forme bien faits pour convaincre. L'étude du nu qu'il préconise, M. Meige nous dit comment elle est enseignée par lui à l'École des Beaux-Arts, comment elle est comprise et devient une connaissance parfaite pour ses élèves. Déjà en 1890 on s'était ému de cette lacune, un vœu fut émis pour que, à côté de l'anatomie, l'enseignement du nu vivant soit rendu officiel. L'Académie de médecine n'est-elle pas la voisine de l'Académie des Beaux-Arts ?

Il n'est pas question, d'ailleurs, d'apprendre aux futurs médecins l'harmonie des lignes suivant les règles de la beauté antique. La perfection-type est en bien petite minorité et ne répondrait pas au souci que nous avons de donner un complément utile aux études anatomiques. Les sujets normaux, bien portants, bien constitués, sont heureusement légion et cependant très différents les uns des autres. Chez la femme, certaines masses graisseuses chez les unes, certaines conformations particulières chez les autres, ne révèlent nullement tares, lésions ou maladies ; et c'est pourquoi il faut apprendre à connaître les différentes formes du nu chez des sujets de toute nature. Le nu, tel que les lois « idéales » nous l'enseignent et tel que nous le concevons en visitant les musées, est si rare qu'on a pu dire : « L'homme normal vivant n'existe pas ; s'il existait, ce serait un monstre ! » Boutade, il est vrai, mais qui a sa valeur.

Il ne faut d'ailleurs pas s'effrayer de cet enseignement qui, pour certains, ne manquera pas d'être une surcharge aux études médicales. Ce programme peut être rempli en très peu de leçons, faire partie des examens et y être incorporé au même titre que l'anatomie et que la dissection.

***

Voilà le but de la conférence de M. Meige. Voilà, très succinctement, les grandes lignes qu'il nous a tracées de son enseignement. C'est une heureuse initiative que celle-là, qui nous promet cette adaptation nécessaire et souhaitable. Le milieu médical qui l'applaudit lui fit voir toute sa satisfaction d'avoir compris une telle nécessité, en praticien, en artiste, épris d'idéal et de perfection.

Dr Molinéry (Luchon).



# VARIÉTÉS *(Suite)*

## LE SONGE DE L'ACCOUCHEUSE DU LIBAN

Selma s'acheminait tard vers sa maison, courbée sous le poids de sa chaise d'accoucheuse sur laquelle s'asseyaient les femmes en travail.

Appelée le matin chez l'attari, le parfumeur, elle venait d'assister ses deux filles jumelles, mariées le même jour, dans leur double enfantement, à quelques heures d'intervalle.

Une des parturientes avait longuement souffert. Selma, éloignant doucement la future aïeule qui déjà se lamentait comme le font les femmes du Liban lorsque la mort rôde dans leur demeure, s'était assise à terre auprès de la créature torturée dans sa chair, l'encourageant de ses paroles. Lentement, savamment, Selma refoulait de ses mains expertes un des petits membres sorti avant l'heure des entrailles maternelles et, en invoquant Setti Hanna, mère de la Vierge, elle amenait enfin l'enfant à la lumière, à la vie.

Comme toujours, Selma avait versé l'eau sainte sur le front des deux enfants en attendant le baptême, frotté ensuite leurs corps de sauge et de menthe pour qu'ils devinssent forts et résistants. Enroulés dans des bandelettes, la tête encapuchonnée dans le tartour, le bonnet des petits Libanais, ils suçaient gloutonnement le lait de leurs mères. L'allégresse régnait dans la maison quand l'accoucheuse, lasse mais heureuse, avait reçu du parfumeur dix pièces d'argent et deux bouires d'eau de rose.

Selma était à la fois pauvre et charitable. Que lui importait sa pauvreté ? Elle accomplissait les devoirs de sa profession comme Dieu le lui commandait, ne recevant parfois pour tout salaire qu'une maigre volaille, quelques œufs... Mais on l'aimait et elle n'avait jamais manqué du nécessaire.

Ce soir-là, elle se sentait si lasse que la chaise des accouchées lui parut plus lourde que de coutume. En s'arrêtant pour se reposer, pour la première fois elle songea à l'avenir, à la vieillesse. Mais Selma était philosophe. Elle vivait en rapport continuel avec le ciel, priant, offrant au Seigneur les anges qu'elle voyait naître. Quel droit avait-elle de s'inquiéter? Pendant qu'elle devisait ainsi avec soi-même, elle crut tout d'un coup entendre une plainte qui lui sembla venir de terre. Elle se baissa, parce qu'il faisait nuit, et regarda. Quelque chose sur le sol s'agitait et vivait. C'était une grenouille. Selma la prit dans ses mains et, la voyant elle aussi gonflée de maternité prochaine, eut pitié d'elle ; son instinct de commisération pour celles qui devaient enfanter lui fit palper doucement les flancs de la bestiole comme si elle eût été une femme. Elle lui dit :

« Pauvre petite ! lorsque ton heure sera venue, si tu m'appelles, je viendrai te délivrer. »

Et elle crut que le regard de la grenouille la remerciait et acquiesçait quand elle la mit à l'abri dans un endroit frais où l'herbe était humide.

Selma était arrivée à sa maison, une misérable chambre blanchie à la chaux.

Elle s'étendit sur sa couche à demi vêtue selon son habitude, sa lanterne et la chaise des parturientes auprès d'elle pour être plus prompte à accourir auprès des femmes prises de douleurs si on venait l'appeler. Jamais non plus elle ne mettait le loquet à sa porte le soir, pour qu'on pût entrer et la réveiller. Elle souhaita que nul ne vînt la chercher cette nuit. Elle ferma ses paupières alourdies et sombra bientôt dans le sommeil. Depuis combien de temps dormait-elle quand elle crut sentir une présence dans sa chambre? Elle se mit à regarder. Oui, quelqu'un était là : un petit homme qu'elle n'avait jamais vu. Debout devant elle, il lui faisait signe de le suivre. Selma se dressa, fit le signe de la croix, rajusta ses habits et, chargée de sa chaise, se mit à marcher dans la nuit derrière son guide. Ils étaient déjà loin quand elle s'aperçut qu'elle avait oublié sa lanterne. Cependant, le sentier était clair et elle se rendit compte que cette lumière provenait des yeux brillants comme le feu de celui qui l'accompagnait. Il avait de petits pieds et faisait de très petits pas, mais agiles. Ses yeux brillants et obliques, son nez pointu, lui donnaient la face d'un renard. Il portait comme un moine un manteau avec un capuchon pointu lui couvrant la tête. Son ombre, bien qu'il eût à peine la taille d'un enfant de six ans, paraissait immense. Et Selma se hâtait sur les petits pas rapides de son compagnon, se répétant que, bien que tout ceci lui parût étrange, elle devait à Dieu d'aller aider celle pour qui l'inconnu était venu l'appeler.

Ils arrivèrent devant une roche dans laquelle il y avait une fissure. Le petit homme pénétra dans cette fente et Selma sourit d'étonnement en voyant qu'elle, épaisse et lourde, n'avait aucun mal à s'y introduire.

Pour se rassurer, elle ne cessait de se répéter qu'elle devait accepter ce qui lui semblait extraordinaire, se soumettre à tout et attendre ce qu'on demandait d'elle.

Son cœur pur devant Dieu ignorait la crainte. Que pouvait vouloir d'elle le Tout-Puissant, sinon la seule chose qu'elle sût faire : aider les femmes en gésine, tirer chrétiennement des enfants de leurs ventres ? Elle suivait son guide dans un

## VARIÉTÉS *(Suite)*

couloir creusé dans la roche et ils arrivèrent dans une salle éblouissante de clarté, d'or et de gemmes précieuses. Une femme jeune et très belle, ornée de superbes joyaux, reposait sur des coussins. Sur ses genoux une grenouille verte gémissait. Et Selma reconnut celle rencontrée sur son chemin en revenant de la maison de l'attari. Elle regardait l'accoucheuse avec des yeux suppliants et Selma entendit la femme qui parlait : « Son heure est venue et elle t'a appelée. Secours-la. Tu en recevras bonne récompense. »

Selma prit doucement la grenouille, la posa avec précaution sur la chaise de souffrance et se mit à surveiller le travail comme elle l'eût fait pour une femme.

Les spasmes se rapprochaient, et bientôt les doigts habiles de Selma dégagèrent la tête de l'être qui naissait, puis ses épaules, ses bras et tout son corps. C'était un enfant mâle beau comme Sidi ben Aïssa venant un jour dans la grotte de Bethleem. Après avoir versé sur sa tête l'eau lustrale, l'accoucheuse le mit dans les bras de la jeune femme dont la joie rendit le visage encore plus beau.

Puis Selma se retourna pour donner ses soins à la mère, mais la grenouille avait disparu. La chaise était déjà pliée et celui qui avait amenée l'accoucheuse dans ce lieu paraissait attendre. Selma s'étonnait surtout de ne pas être étonnée de ces choses. Où se trouvait-elle, chrétienne et fille d'Adam? Certes, pas chez des Adamites, ses frères, dans cette salle en or et en argent, au fond de ce couloir où elle était entrée par une fissure dans laquelle une aiguille n'aurait pu passer, guidée par cet être aux étincelants yeux obliques dont le capuchon pointu paraissait maintenant atteindre la lune qui venait de se lever. Celui-là non plus n'était pas un Adamite !

Mais pourquoi se tourmentait-elle avec toutes ces réflexions qui fatiguaient son esprit ? Elle avait encore, là, accompli ce que le Seigneur lui demandait journellement. Ne venait-elle pas d'aider une mère, grenouille fût-elle, à mettre au monde un enfant dont elle avait fait un chrétien comme les autres? Et il en serait ainsi pour elle toute sa vie, jusqu'à ce que, vieille, elle s'endormît dans les bras de Setti Meryem dont elle portait le costume et qu'elle priait humblement chaque jour prosternée devant les images saintes. Et puis, celui qu'on ne doit pas nommer avait-il quelque pouvoir pour exercer son odieuse magie sur cette terre bénie qu'avaient foulée, purs comme des lis, les pieds de Marie immaculée?

Et l'accoucheuse à l'âme simple suivait son guide comme si tout ce merveilleux eût été naturel.

Quand elle fut près de sa maison, le petit homme se retourna et lui tendit quelque chose. Pour recevoir son salaire, Selma ouvrit sa bourse où il y avait encore les dix pièces d'argent de l'attari. Comme l'aube blanchissait, elle regarda ce que l'inconnu lui avait donné et vit... de la graine de laitue !

Alors elle secoua sa bourse pour faire tomber cette graine et se retourna avec dépit vers le guide, mais celui-ci n'était plus là.

Pour la première fois elle rentra chez elle, découragée, le cœur amer de rancune et de tristesse.

Le premier rayon de soleil la réveilla. Elle se leva, essaya de coordonner les événements de sa nuit. Elle prit sa bourse, en sortit les pièces du parfumeur, les compta, les rangea et regarda au fond pour voir s'il n'y avait pas encore de la graine que l'inconnu y avait versée. Elle secoua la bourse et subitement devint pâle en voyant tomber deux pièces comme elle n'en avait jamais possédé ! Deux pièces d'or comme le plafond de la salle où elle avait accouché la grenouille ! brillantes comme les bijoux de la femme qu'elle avait vue la nuit !

Tout oppressée, elle courut à l'endroit où elle avait jeté la graine méprisée, mais ne trouva rien : ni graine, ni d'autres pièces d'or.

C'était sa faute ! Sans son mépris pour l'humble graine, elle aurait maintenant des pièces d'or plein sa maison. Elle serait la plus riche parmi les riches ! Et des larmes coulèrent de ses yeux ; elle les vit tomber sur le tas d'horties où elle avait lancé la graine dédaignée !

Mais Dieu, qui aimait Selma, jugea que l'épreuve devait finir et permit aussitôt que sa servante fît un retour sur elle-même. Un mouvement de colère et de cupidité avait failli endurcir son cœur ! Elle demanda pardon au Seigneur et le remercia de lui avoir laissé les deux pièces d'or. Elle les ferait percer et suspendre à la koufia qu'elle portait comme coiffure, en témoignage de son habileté récompensée.

Puis, sans chercher, dans ce songe ou cette aventure, à s'expliquer ce qu'elle ne pouvait comprendre, elle l'oublia bientôt et continua, comme par le passe, à aller auprès de celles qui enfantaient. Encore longtemps, elle aida ses sœurs chrétiennes, filles d'Adam, à mettre au monde de petits Adamites.

Hélène ADRIEN-LOIR (de Mantes).

# REVUE DES REVUES

**L'adonis vernalis en thérapeutique** (Dr R. CHAUSSET, **Concours médical**, Paris, 18 mai 1930, no 20).

L'adoverne, étudié expérimentalement par MM. Mercier, Pouchet et Jung, et cliniquement par MM. Lutembacher, Fontenailles, Faguet, Chausset, Sassard, Perget, etc. représente, comme on sait, les principes actifs cardiotoniques de l'*adonis vernalis* dans la proportion même où ils se trouvent dans la plante. Cette préparation est spécialisée sous forme de gouttes et de granules : XXX gouttes ou 4 granules possèdent l'activité thérapeutique de 5 milligrammes de glucosides adonidiques. Les résultats cliniques obtenus ont confirmé l'expérimentation pharmacologique et physiologique et ont montré qu'avec les doses généralement utilisées, il ne risquait de se produire aucune intoxication, ni même aucune intolérance.

Les indications de l'adoverne sont nombreuses; d'une façon générale, on peut l'employer avec de bons résultats dans tous les cas où la digitale est indiquée, c'est-à-dire quand il y a affaiblissement du cœur ; mais son indication spéciale sera un affaiblissement moyen du muscle cardiaque, sur lequel on pourra agir d'une façon continue sans inconvénient. On emploiera également l'adoverne dans les cas assez nombreux où la digitale est mal tolérée, chez les vieillards, en particulier dans les cas où son action s'est épuisée (myocardites, ou crainte d'intoxication par accumulation de la digitale).

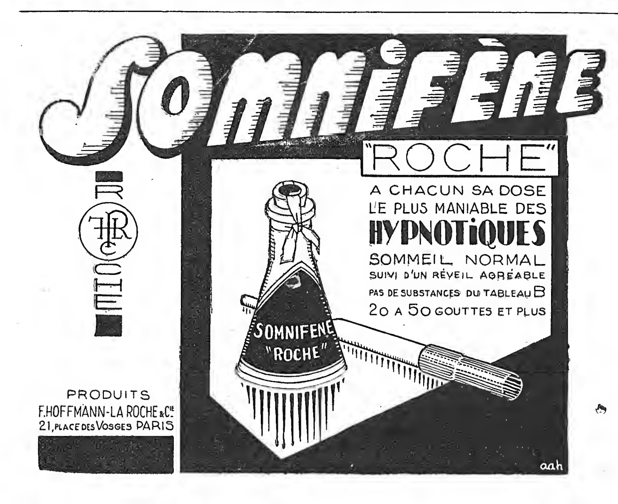
Grâce à son action diurétique sur le rein, l'adoverne est indiqué dans les cas de rétention hydrique, d'œdèmes, de stases viscérales où il se montre en général supérieur à la digitale.

Son action eupnéique et sédative est utilisée dans certains accidents aigus d'insuffisance ventriculaire gauche, asthme cardiaque, œdème pulmonaire, quand l'ouabaïne est mal tolérée.

L'adoverne, ne s'accumulant pas dans l'organisme, est parfait pour les traitements de longue durée, chez certains hypertendus, lorsque l'hypertension n'est par considérable ; si ces malades présentent des œdèmes, on voit la tension baisser progressivement sous l'influence du médicament.

Enfin l'adoverne doit être administré dans les maladies infectieuses où le cœur risque de faiblir, pneumonie, broncho-pneumonie, lorsqu'une action aussi puissante que celle de la digitale n'est pas indispensable ou semble contre-indiquée.

---


SOMNIFÈNE
"ROCHE"
A CHACUN SA DOSE
LE PLUS MANIABLE DES
HYPNOTIQUES
SOMMEIL NORMAL
SUIVI D'UN RÉVEIL AGRÉABLE
PAS DE SUBSTANCES DU TABLEAU B
20 A 50 GOUTTES ET PLUS
SOMNIFENE
"ROCHE"
ROCHE
PRODUITS
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, PLACE DES VOSGES PARIS

## REVUE DES REVUES *(Suite)*

**Traitement de l'insomnie chez les petits psychiques** (Dr Abbal, **Concours médical**, n° 35, août 1930).

Chez ces malades, l'insomnie est un facteur de déperdition et de dégénérescence aussi bien intellectuelle que physique. Tout d'abord, sauf nécessité absolue, il ne faut pas donner d'opiacés, à cause d'une toxicomanie toujours possible ; en second lieu, si l'on administre les bromures, il faut toujours les donner sous une forme dissimulée et toujours bien tolérée comme le sédobrol.

Sans doute le praticien peut s'adresser aux hypnogènes barbituriques efficaces tels que le somnifène ou à un hypno-analgésique comme l'allonal ; mais si l'on veut un hypnogène progressif et doux, il est préférable de s'adresser au sédormid, qui n'est pas un barbiturique, mais bien un uréide, non toxique pour les principaux appareils et que l'on utilise à la dose journalière de un à trois comprimés.

Sous cette influence médicatrice, le sommeil artificiel provoqué présente les mêmes caractères que le sommeil naturel et l'action sédative et calmante se réalise très vite.

En résumé, le sédor mid occupe une place marquée entre les sédatifs, type bromures, utilisés dans les symptômes nerveux, et les hypnogènes, type somnifène, administrés dans les cas d'agitation, de délire, où l'insomnie est particulièrement rebelle. C'est donc le médicament de choix auquel le praticien pourra recourir chez les petits psychiques, chez tous les déprimés par préoccupation morbide ou surmenage psychique ou intellectuel.

## REVUE DES THÈSES

**Recherches physio-pathologiques sur les acides aminés du sérum sanguin** (Jacques Trivas, *Thèse de Montpellier*, 1928-1929, n° 15, 38 pages. Montpellier, imprimerie Montane).

Les résultats des dosages de l'auteur montrent que le taux de l'azote aminé du sérum :

1° Est de $0^{gr},065$ p. 1000 en moyenne chez des sujets normaux ;

2° Ne s'élève pas chez les néphritiques ;

3° Est augmenté chez les hépatiques (moyenne $0^{gr},071$ jusqu'à $0^{gr},090$ ou $0^{gr},100$).

L'étude de l'amino-acidémie, conjuguée à celle de la polypeptidémie, a conduit l'auteur à proposer, avec Cristol et Puech, un coefficient azoté sanguin, destiné à évaluer la fonction uréogénique, le *coefficient de dysdésamination* :

$$\frac{\text{N des polypeptides} + \text{N des acides aminés}}{\text{N des polypeptides} + \text{N des acides aminés} + \text{N de l'urée}} = 30 \text{ à } 35 \text{ p. } 100 \text{ à l'état normal.}$$

Chez les néphritiques, ce rapport est abaissé, mais il l'est indépendamment des acides aminés, dont le taux est

## REVUE DES THÈSES *(Suite)*

inchangé. En revanche, chez les hépatiques, l'hyperamino-acidémie, jointe à l'hyperpolypeptidémie, entraîne une élévation considérable du coefficient de dysdésamination, traduisant ainsi l'insuffisance hépatique.

Donc, tant en valeur absolue que dans un rapport destiné à évaluer l'imperfection uréogénique, il semble bien établi, dans l'état actuel de nos connaissances, que l'hyperamino-acidémie est un témoin de l'insuffisance fonctionnelle du foie.

G. Giraud.

**Essai sur les propriétés et les modes d'application de l'Adonis vernalis** (Dr J. Sassard, *Thèse de la Faculté de médecine de Lyon*, 1931.

L'*Adonis vernalis* a toujours été considéré comme un diurétique et un tonicardiaque léger jusqu'aux travaux particulièrement remarquables de MM. Mercier, Lutembacher, Jung, Veil, Fontenailles, etc., qui ont démontré et du point de vue pharmacologique et du point de vue clinique, que toute l'action utile de ce médicament est représentée par l'activité de deux glucosides, adonidoside et adonivernoside, dont les propriétés sont tout à fait comparables à celles de la digitaline et de l'ouabaïne. L'adoverne contient ces deux glucosides dans la proportion même où ils se trouvent dans les plantes sélectionnées les plus riches en principes actifs. C'est ce produit qui a été utilisé par les expérimentateurs et par l'auteur de la thèse qui a constaté que l'adoverne amenait d'une manière très nette le renforcement, la régularisation, le ralentissement des battements cardiaques, une augmentation importante de la diurèse et l'amélioration des syndromes dyspnéiques. Ce travail excesivement intéressant du Dr Sassard a été confirmé tout récemment (*Marseille médical*, 1930, n° 4) par une étude particulièrement approfondie du Dr Giraud-Costa qui a pu conclure' de multiples observations, que l'adoverne est un médica ment fidèle dont les effets tonicardiaques se font sentir dans tous les cas sensibles à l'action de la digitaline; mais il se sépare de celle-ci par une action ralentissante moins nette et de moindre durée sur le cœur ; enfin; outre ses propriétés tonicardiaques, l'adoverne possède des qualités sédatives manifestes : on peut le prescrire sous forme de gouttes et de granules à des doses variant selon chaque cas, car l'adoverne présente et c'est là un avantage très important, une très grande maniabilité.

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

*Séance du 18 juillet 1931.*

**L'épreuve de l'hyperglycémie adrénalinique dans l'étude de l'insuffisance hépatique.** — MM. H. BRULÉ et T.-L. ALTHAUSEN rappellent que, si l'injection d'adrénaline produit normalement une hyperglycémie (que l'on attribue à une brusque transformation du glycogène du foie), chez les hépatiques l'hyperglycémie adrénalinique serait diminuée ou supprimée. Ils ont repris l'étude de cette épreuve, en la comparant aux résultats fournis par d'autres procédés d'exploration, décrits dans des notes antérieures, et qui permettent d'étudier le métabolisme des hydrates de carbone au cours de l'insuffisance hépatique.

La recherche de l'hyperglycémie adrénalinique ne fournit pas des résultats qui concordent avec les autres épreuves. Ainsi, l'hyperglycémie adrénalinique peut être faible ou même manquer, pouvant faire conclure à une forte insuffisance hépatique, tandis que les autres épreuves, qui permettent d'explorer le pouvoir glycorégulateur du foie, montrent que ce pouvoir est peu troublé. D'autre part, l'hyperglycémie adrénalinique peut être normale ou même exagérée, tandis que, par d'autres épreuves, la fonction glyco-régulatrice du foie apparaît profondément troublée.

Après injection d'adrénaline, les modifications de la glycémie sont donc inconstantes et variables dans les maladies du foie, cependant sévères et bien caractérisées, et cela alors même qu'il est prouvé que le foie a perdu son pouvoir de maintenir la glycémie à son niveau optimum. Seul le retard dans l'apparition de l'hyperglycémie a peut-être une signification dans la recherche de l'insuffisance hépatique.

**Calcium et potassium du sérum dans l'acidose et dans l'alcalose expérimentales.** — M. TIFFENEAU présente une note de M. BROUN et Me STOYANOVA qui ont vu que, dans l'acidose expérimentale, il y a augmentation du calcium total et du calcium ultra-filtrable et diminution du potassium total et du potassium ultra-filtrable ; l'inverse se produit dans l'alcalose. Étant donnée l'importance des variations du calcium et du potassium ultra-filtrables, il semble que les complexes protéino-calcique et protéino-potassique varient également en sens inverse.

**Action de la scopolamine sur les hypnotiques corticaux et basilaires.** — M. TIFFENEAU présente un article de M. BROUN, Me JEANNE LÉVY et Mme MEYER qui ont observé que la scopolamine renforce l'action du chloralose, hypnotique cortical, et non celle du sonéryl, hypnotique basilaire ; par contre, la scopolamine fait apparaître avec le sonéryl une action excitante qui, sans elle, reste généralement faible.

**Les effets des fortes doses d'insuline sur la glycémie et le glycogène hépatique et musculaire du chien normal et dépancréaté.** — M. F. RATHERY, Mlles S. GIBERT et Y. LAURENT ont vu que les fortes doses d'insuline sont en général bien supportées par le chien ; elles provoquent des baisses de glycémie qui ne sont pas sensiblement beaucoup plus fortes qu'avec des doses moyennes ; il n'y a pas de proportionnalité entre le taux d'insuline et le degré d'abaissement. La baisse glycémique, si elle est souvent plus forte, commence plus tardivement qu'avec des doses moyennes.

Chez le chien normal et dépancréaté, l'injection de fortes doses d'insuline, combinée ou avec l'injection de fortes doses de glucose, amène une baisse du glycogène hépatique cette baisse peut être très accusée : mais la diminution du taux du glycogène est variable comme intensité avec les animaux. Le glycogène musculaire est peu modifié.

**Recherches sur l'innervation motrice du larynx.** — M. P. DUMONT a étudié chez le chien l'excitabilité du système neuro-musculaire du larynx ; la chronaxie des filets nerveux des muscles extrinsèques et du crico-thyroïdien est d'un dix-millième de seconde et demi, de ceux des autres muscles intrinsèques, de deux dix-milliémes. Quand on supprime au larynx sa tension par désin-sertion musculaire ou ablation de cartilages, la chronaxie s'élève. Le rapport des chronaxies des antagonistes est, suivant la profondeur de l'anesthésie, égal à 1, 1/2 ou 2/1.

**De la vaccination antidiphtérique par la voie cutanée.** — M. A. BESREDKA a vu que le lapin frictionné d'abord, puis soumis à la vaccination active ou passive, voit s'accroître son immunité vis-à-vis de la toxine diphtérique appliquée sur la peau. Sous le couvert de cette immunité par friction, conjugée avec celle que confère une petite quantité de sérum, il devient possible d'effectuer en peu de temps une cuti-vaccination intensive, laquelle aboutit rapidement à la cuti-immunité d'abord, puis progressivement à l'immunité antidiphtérique générale.

**Procédé pour accroître et rendre plus durable la production des antitoxines chez le cheval.** — MM. G. RAMON et E. LEMÉTAYER, Si en ajoutant à l'antigène injecté aux chevaux, des substances non spécifiques telles que le tapioca ou mieux encore le chlorure de calcium ont provoqué chez ces animaux, même lorsqu'ils sont depuis plusieurs années fournisseurs de sérum antidiphtérique, une augmentation parfois considérable de la production d'antitoxine. La puissance productrice d'antitoxine d'un organisme tel que celui du cheval ne s'épuise donc pas, et un organisme qui paraissait peu apte à la production d'antitoxine peut en fournir une abondante quantité lorsqu'il est sollicité suivant le moyen indiqué.

Ce procédé présente du point de vue pratique de multiples avantages : accroissement de la production d'antitoxine, limitation des réformes d'animaux pour incapacité ou épuisement de cette production, prolongation de la période de production intensive chez des animaux qui par ailleurs conservent un bon état général, réduction des doses d'antigène, etc... La même méthode est applicable, ainsi que nous avons pu nous en rendre compte, à la production d'autres sérums, en particulier du sérum antitétanique.

**Teneur en antitoxine du sérum et hyperleucocytose provoquée chez le cheval au cours de l'hyperimmunisation antitétanique.** — MM. E. LEMÉTAYER et E. DESHAYES en ajoutant à l'antigène tétanique injecté aux chevaux une substance non spécifique telle que le tapioca, ont provoqué, en même temps que l'augmentation de la teneur des sérums en antitoxine spécifique, une hyperleucocytose très prononcée. Il semble y avoir une relation étroite entre l'intensité de cette hyperleucocytose et le taux de l'antitoxine.

# SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

**Réactions allergiques communes aux infections tuberculeuse et pseudotuberculeuse.** — M. Paul Bordet a observé que l'infection pseudotuberculeuse confère aux cobayes une hypersensibilité au *Bacterium coli* analogue à celle qu'il avait décelée récemment chez les animaux tuberculeux et qui se traduit par l'apparition d'une lésion nécrotique locale au niveau de l'inoculation sous-cutanée ou intradermique d'une suspension de ce microbe. La même hypersensibilité s'accuse, chez l'animal pseudotuberculeux, à l'égard d'un autre microbe d'origine intestinale, le *B. proteus vulgaris*, qui partage en outre avec le *B. coli* la faculté de provoquer, lorsqu'il est inoculé dans les veines d'un cobaye tuberculeux une intoxication aiguë comportant des lésions semblables à celles que détermine l'injection de tuberculine. Quelques premiers essais montrent que la filtration sur bougie ne prive pas une culture de *B. proteus* de ce pouvoir toxique.

**Sur l'antagonisme du virus herpétique et du virus rabique.** — MM. A.-C. Marie et Ach. Urbain, au cours d'expériences très minutieuses pratiquées soit *in vitro*, soit *in vivo*, sur des animaux de laboratoire, montrent que le virus herpétique et le virus rabique n'ont aucune action antagoniste l'un sur l'autre.

**Quelques observations sur les lésions de la moelle provoquées par le virus vaccinal.** — M. Bardach a vu la moelle de lapins et de cobayes inoculés par voie intracérébrale avec de la neurolapine et de la neurovaccine, présenter des lésions macroscopiques particulières de a substance grise ; ces lésions vont depuis un simple foyer de ramollissement jusqu'aux cavités les plus nettes (de 3 à 4 centimètres de profondeur). Ces lésions peuvent être très étendues et intéresser la moelle dans toute sa longueur ; elles se développent très rapidement, car la mort des animaux inoculés survient en trois ou quatre jours.

**Etude expérimentale du virus de la lymphogranulamatose inguinale.** — MM. C. Levaditi, P. Ravaut et R. Schoen poursuivant leurs études sur la maladie de Nicolas et Favre, ont observé que la maladie expérimentale devient d'autant plus fréquemment mortelle et que son incubation devient d'autant plus courte, que le virus s'adapte mieux au singe en général, et à une espèce simienne donnée en particulier. Le virus lymphogranulomateux est peu résistant hors de l'organisme, mais il se conserve au moins pendant vingt-deux jours dans le névraxe de la souris blanche.

Le sérum de malades atteints de la maladie de Nicolas et Favre contient des principes capables de neutraliser, *in vitro*, le virus lymphogranulomateux. Ces principes n'existent pas dans le sérum des sujets atteints d'adénites chancrelleuses.

**Spirochæta gallinarum et cultures cellulaires.** — MM. C. Levaditi et G. Stoel montrent que les spirilles de la spirochétose des poules cessent de se multiplier et d'être virulents dans des milieux (cultures cellulaires) qui permettent la culture abondante des leucocytes, des fibroblastes et des macrophages vacuolisés. La phagocytose des parasites est exercée *in vitro* par les macrophages, les fibroblastes ne participant pas au processus phagocytaire. Les formes spirochétiennes involutives présentes dans le cytoplasma de ces macrophages paraissent dépourvues de virulence.

F.-P. Merklen.

## SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

*Séance du 17 mai 1931.*

**Diagnostic psychologique des lésions de l'encéphale.** — M. Dide distingue quatre catégories de troubles mentaux qui comportent une valeur de localisation : des troubles de la notion spatiale, qui intéressent le lobe occipital ; des troubles de la notion de temps, qui intéressent le lobe frontal; un déficit des notions didactiques, qui caractérise les lésions de la zone de Wernicke ; enfin l' « hallucinose pédonculaire » qui témoigne de lésions de la région sus-optique.

**Phénomènes d'hallucinose chez une malade présentant une torsion et une contracture athétoïdes intentionnelles du bras.** — M. J. Lhermitte et Mlle Gabrielle Lévy. — Chez une patiente qui fit l'objet d'une communication antérieure relative à un spasme de pronation consécutif à un ictus léger, on avait déjà remarqué la présence de phénomènes d'hallucinose, c'est-à-dire de visions qui survenaient à la tombée du jour, et qui ne suscitaient chez la malade aucun sentiment ni aucune réaction particuliers.

Depuis cinq ans, l'état de la malade ne s'est pas modifié, le bras droit présente toujours le spasme pronatoire, l'hallucinose demeure sans changement. La malade raconte, en effet, que, presque chaque soir, lorsque vient la nuit, elle voit apparaître, sur le mur qui lui fait face, une figure d'homme, dépouillée de toute couleur, mais nettement reconnaissable. Cette image est immobile, mais, lorsque la malade tourne la tête et détourne les yeux, la vision disparaît. Pendant la nuit, surviennent des rêves à caractère terrifiant ; les mêmes hommes qu'elle voit sur le mur se précipitent sur elle, et lui serrent le cou, à tel point que la malade crie chaque nuit, réveillant ses compagnes.

Ces phénomènes hallucinatoires sont apparus exactement à la même époque que le spasme du bras, et doivent être rattachés à la même cause. On sait, par plusieurs observations, que les lésions de la région du noyau rouge peuvent susciter le développement de phénomènes hallucinosiques en rapport avec une dissociation de la fonction du sommeil, dont le centre se trouve précisément dans cette région mésodiencéphalique.

MM. Alajouanine et Petit-Dutaillis ont assisté, à la suite de l'ablation d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux, à des phénomènes d'hallucinose, qui ont entièrement disparu par la suite, et qu'ils attribuent à une hémorragie par dilacération.

M. Van Bogaert a récemment suivi un cas d'hallucinose, qui a évolué parallèlement à un syndrome de Parinaud.

Dans aucun des cas signalés, l'hallucinose ne s'est accompagnée de délire.

**Description d'un syndrome vestibulo-spinal.** — M. J.-A. Barré (de Strasbourg) expose les traits essentiels d'un syndrome décrit par lui en 1925, et dont les exemples se sont multipliés depuis cette époque, en même temps que certains détails se précisaient.

## SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

A l'état pur, il s'agit d'un syndrome de déséquilibration, sans aucun des troubles cérébelleux connus, sans appoint pyramidal ou extra-pyramidal, sans trouble de la sensibilité, sans facteur pithiatique ni psychique.

Dans la forme accentuée, le malade est confiné au lit ; il s'y meut avec facilité, mais il lui est impossible de se lever. S'il peut marcher, il se plaint de dérobement subit des membres inférieurs, d'être renversé par la moindre poussée, par le vent même ; la moindre aspérité du sol le fait trébucher. Il marche à petits pas, sans traîner les pieds ; il écarte les jambes, porte le tronc en avant, fléchit la tête, s'aide d'une canne ; il ne peut monter seul au lit ni en descendre ; couché, il exécute pourtant, avec facilité, ampleur et force, tous les mouvements des membres inférieurs ; mais, au moment de se mettre sur le ventre, il fait des gestes désordonnés et n'y parvient pas ou n'y réussit qu'avec peine.

Il existe chez lui une mise en contracture réflexe des extenseurs du tronc, des membres et du cou, à l'occasion de la station debout et de tous les actes qui mettent l'équilibration en jeu ; il se penche en avant pour lutter contre « ce qui le tire en arrière ». Le plus souvent, les troubles augmentent progressivement · mais ils peuvent guérir entièrement, après avoir donné l'impression du pronostic le plus inquiétant.

On confond ces malades avec des pseudo-bulbaires, des agoraphobiques, des astasiques-abasiques, des ataxiques, des pithiatiques. Le syndrome vestibulo-spinal est bien différent du syndrome de Bounier. La perturbation du segment vestibulo-spinal ou Deiters-spinal (André-Thomas) des deux appareils vestibulaires est nécessaire pour le déclencher. Il a pu être reproduit en partie, expérimentalement, par action simultanée sur les deux appareils vestibulaires. On l'a rencontré à l'état pur, associé ou combiné, dans une douzaine d'observations. L'auteur présente un film qui illustra cette description.

**Papillomes du IVe ventricule obstruant l'orifice inférieur de l'aqueduc de Sylvius.** — MM. Cl. Vincent, David, Puech et Berdet présentent deux malades atteints de papillomes du IVe ventricule qui oblitèrent l'orifice inférieur de l'aqueduc, opérés et guéris. Cliniquement, ces tumeurs se traduisaient seulement par un syndrome d'hypertension intracranienne, des troubles de la vue avec stase tardive et très légère. Le diagnostic de localisation fut fait uniquement par la ventriculographie. Il faut noter que, chez ces malades, il existait des troubles d'aspect labyrinthique, que Barré rapporte à ce qu'il décrit sous le nom de syndrome vestibulo-spinal. Ces deux tumeurs ont été enlevées, après incision du vermis median, et après un long travail dans le IVe ventricule pour obtenir une bonne hémostase. Les malades ont guéri de leur opération sans troubles de la respiration et du pouls. Actuellement, ils vont et viennent.

L'absence de stase rend très difficile, sinon impossible, pendant un temps, le diagnostic d'hypertension intracranienne. La rareté et l'aspect fruste des autres symptômes ne permet guère d'affirmer la localisation sans la ventriculographie.

Il n'existe pas encore de cas de ce genre dans la littérature française, et il semble qu'on puisse encore compter ceux qui existent dans la littérature mondiale.

**Tumeur cérébelleuse (gliome kystique). Considérations diagnostiques et neuro-chirurgicales.** — MM. Alajouanine, Th. de Martel et J. Guillaume présentent une malade atteinte de tumeur cérébelleuse, chez laquelle la maladie avait commencé, en 1928, par un syndrome pseudo-digestif avec vomissements fréquents, plus tardivement des céphalées, des crises statiques avec dérobement subit des jambes, et une stase papillaire bilatérale avec atrophie optique secondaire.

Cette malade fit, peu après son admission, des troubles respiratoires graves, avec crises hypertoniques (*cerebellar fits* de Jackson).

En présence de ce tableau clinique fort grave, on pratiqua un dégagement de la région bulbaire par ablation de l'arc postérieur de l'atlas et de la partie postérieure du trou occipital et de l'écaille. On ouvrit la dure-mère. Il existait un engagement amygdalien très marqué.

La malade, qui était comateuse, revint immédiatement à elle, et la respiration devint régulière.

Le lendemain, après taille des parties latérales d'un volet ostéoplastique, on décrouvrit un muvoli neux gliome kystique du cervelet, avec une tumeur murale,, qui fut extirpée.

La malade, quinze jours après l'opération, est entièrement rétablie.

Les auteurs insistent sur ce fait que, en préscuce de ces crises, la situation ne doit pas être considérée comme désespérée, et que la neuro-chirurgie est alors une chirurgie d'urgence.

**Tumeurs de la région hypophysaire. Opération. Guérison. Amélioration remarquable des troubles ophtalmologiques.** — MM. Th. de Martel et J. Guillaume présentent deux malades atteints de tumeurs de la région hypophysaire.

Le premier était atteint d'adénome hypophysaire. Malgré un traitement radiothérapique inteuse, les troubles ophtalmologiques étaient fort graves. Vision œil gauche = 0 : œil droit = 1/10 dans le champ nasal, qui seul subsistait.

Il s'agissait d'une atrophie optique primitive. Une hémianopsie bitemporale avait marqué le début des troubles. La radiographie du crâne montrait une selle ballonnée, caractéristique d'un adénome hypophysaire qui, d'ailleurs, n'avait déterminé que des troubles très légers de dyspituitarisme.

L'intervention eut lieu par voie transfrontale et intradurale, et permit d'extirper un volumineux adénome hypophysaire chromophobe, transformé partiellement par la radiothérapie en pseudo-kyste sous tension.

Les troubles ophtalmologiques s'amendèrent rapidement, et, actuellement, soit trois mois après l'opération, ce malade a une vision de 10/10 à l'œil droit et de 2 à 10 à l'œil gauche. Le champ visuel est presque normal.

Le second malade était atteint de chordome de la région sellaire à développement antérieur. Les symptômes étaient ceux d'une tumeur hypophysaire.

L'examen ophtalmologique montrait une atrophie optique primitive bilatérale. Vision œil droit = voit la main dans le champ nasal, qui seul subsiste. Vision œil gauche = pas de perception lumineuse.

Les radiographies du crâne montraient une selle tur-

# SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

cique agrandie, mais dans son diamètre antéro-postérieur surtout, avec érosion des clinoïdes antérieures.

L'intervention, par voie transfrontale et intradurale, permit l'ablation d'une très volumineuse tumeur. Il s'agissait d'un chordome caractérisé histologiquement par les cellules physalifores de Virchow.

Deux mois environ après l'opération, les papilles ont une vascularisation sensiblement normale. Vision de l'œil droit = 2/10. Vision de l'œil gauche = 1/10.

Les chordomes de cette région sont très rares. Ce cas est le premier opéré en France avec succès.

Ces 2 cas démontrent, comme de nombreux autres, combien le traitement radiothérapique des tumeurs hypophysaires est souvent illusoire et quelle est l'efficacité du traitement chirurgical.

**Un cas de compression de la queue de cheval, d'origine traumatique, par un nodule fibro-cartilagineux du disque intervertébral.** — MM. O. Crouzon, D. Petit-Dutaillis et J. Christophe présentent un malade chez lequel apparut, sept ans après un traumatisme violent de la région lombaire, un syndrome unilatéral partiel de compression de la queue de cheval. L'intervention montra qu'il s'agissait d'une compression radiculaire par nodule fibro-cartilgaineux de la face postérieure du disque intervertébral de $L_4$-$L_5$. Le nodule était du type récemment décrit par MM. Alajouanine et Petit-Dutaillis.

L'opération fit rétrocéder très rapidement les symptômes.

**Comment la strychnine peut-elle, aux mêmes doses, enraidir l'hypertonie pyramidale, assouplir l'hypertonie parkinsonienne, rehausser l'hypotonie de la chorée, et calmer son agitation?** — M. J. Froment, Mlle A-Z. Rougier et M. F. Morelon (de Lyon) attirent l'attention sur la manière, en apparence paradoxale, dont se comporte la strychnine, aux mêmes doses, à l'égard d'états qui sont classés les uns comme hypertoniques, les autres comme hypotoniques. Rehaussant l'hypotonie de la chorée, elle assouplit l'hypertonie parkinsonienne, tandis qu'elle enraidit l'hypertonie pyramidale. Et cependant, ces effets contradictoires sont tous, à n'en pas douter, le résultat de l'action excito-motrice de ce catalyseur, qui exalte l'excitabilité réflexe. Les auteurs recherchent l'explication de toutes ces réactions en apparence contradictoires. Ils montrent qu'il ne faut accepter qu'avec une extrême réserve et sous bénéfice d'inventaire la pseudo-précision des termes « hypertonie » et « hypotonie »: en les employant, on en dit beaucoup plus qu'on n'en sait.

**L'hypertonie parkinsonienne et l'hypertonie pyramidale ne diffèrent-elles pas en tout?** — M. J. Froment, Mlle A. Feveux et M. R. Lautrette (de Lyon) rappellent que la contracture de l'hémiplégique, en dehors des mouvements volontaires, ne varie guère et ne peut être inhibée. La course, l'effort, qui paraît diffuser dans cette contracture, l'exaspèrent ; elle n'engendre ni fatigue, ni hyperthermie locale. La rigidité parkinsonienne, par contre, cède plus ou moins par inhibition volontaire ; elle est en quelque sorte conditionnelle. Fort instable, son taux subit toutes les répercussions du mode statique, ainsi que d'autres facteurs bien plus subtils (direction du regard, orientation spaciale de la pensée). De plus, mouvements volontaires et course libèrent en partie cette contracture, qui demeure, par ailleurs, génératrice de fatigue et d'hyperthermie locale.

A tous égards, l'hypertonie parkinsonienne semble un tout autre phénomène que cet autre état de mise en tension musculaire qu'on appelle l'hypertonie pyramidale.

**Qu'implique au juste le terme d'hypertonie?** — M. J. Froment, Mlle A. Feveux et M. R. Lautrette (de Lyon) soulignent l'ambiguïté de la terminologie neurologique. Tandis que l'expérimentation sur animal conduit les neuro-physiologistes à réserver, avec Sherrington, aux *seules contractions posturales réflexes* le terme de tonus, on a, en clinique neurologique, dénommé hypertonies des mises en tension musculaires liées à la perturbation de *mécanismes réflexes de tous ordres.*

L'étude des hypertonies conduit donc fatalement à la notion d'actions toniques multiples totalement différentes. Il faut opter entre la terminologie neuro-physiologique et la terminologie neuro-clinique, et cesser de chercher entre elles quelque compromis impossible.

**Deux cas de myoclonies synchrones et rythmées vélo-pharyngo-laryngo-oculo-diaphragmatiques. Le problème anatomique et physiopathologique de ce syndrome.** — MM. G. Guillain et P. Mollaret présentent deux malades, dont l'un réalise un type bilatéral et d'extension maxima de ces myoclonies, tandis que l'autre correspond à une forme partielle et unilatérale. Le syndrome est isolé chez le premier, alors que les signes associés permettent d'affirmer, chez le second, une lésion pédonculaire. L'observation de ces malades permet de préciser certains détails de sémiologie : caractères de la dysarthrie, association des clonies oculaires et diaphragmatiques.

En considérant les 50 observations publiées, il semble qu'il faille admettre, à la base de ce syndrome, une atteinte d'un système complexe, qui comprend les centres gris olivo-dento-rubriques et leurs faisceaux d'association. Une lésion élémentaire et univoque paraît peu probable et il faut sans doute envisager des formules complexes, qui correspondent à des ruptures d'équilibre, véritables courts-circuits, dans ce central coordinateur.

**Association d'un syndrome pseudo-bulbaire et d'un syndrome bulbaire dans un cas de sclérose latérale amyotrophique.** — MM. Alajouanine, Thurel et Delay.

**Réponse paradoxale à l'ionisation cérébrale.** — M. Bourguignon, obtenant dans un cas une réponse homolatérale des membres après excitation d'un hémisphère cérébral, conduit, dans ce cas, à une absence de décussation du faisceau pyramidal.

J. Mouzon.

# NOUVELLES

**Nécrologie.** — Le professeur Auguste Forel, décédé à Yvorne. Il fut pendant vingt ans professeur de psychiatrie et directeur de l'asile d'aliénés de Zurich. Il est célèbre par ses nombreux ouvrages scientifiques sur l'hypnotisme, l'anatomie du cerveau, et en particulier par son livre sur la question sexuelle, dont une nouvelle édition a paru récemment. Il a joué aussi un grand rôle dans le mouvement antialcoolique.

Le Dr Doit-Lambron (de Luchon). — Le Dr André Ballu, maire de Gournay-sur-Marne (Seine-et-Oise), décédé à Port-Navalo (Morbihan).

**Fiançailles.** — M. Philippe Barral, ex-interne des hôpitaux de Lyon, préparateur à la Faculté de médecine de Lyon, fils de M. le Dr Etienne Barral, professeur honoraire à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon, et Mlle Marie-Antoinette Guérin.

**Naissance.**— Le Dr Jean Charpentier et Mme, née Grimault, annoncent la naissance de leur fils, Pierre-Louis.

**Faculté de médecine de Paris.** — Par décret en date du 29 juillet 1931, M. Fiessinger, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé, à compter du 1er octobre 1931, professeur de pathologie expérimentale et comparée à ladite Faculté, en remplacement de M. Rathery, transféré dans la chaire de clinique thérapeutique médicale.

**Hopitaux de Paris.** — *Service de santé.* — Les articles 139 et 179 du règlement sur le Service de santé des hôpitaux et hospices de Paris sont modifiés ainsi qu'il suit :

ART. 139. — Le service de la garde est réglé dans les hôpitaux par les soins des directeurs, les élèves internes entendus.

La liste de roulement est faite en double : elle est affichée à la fois dans la salle de garde et dans le bureau des entrées.

Aucune modification, même temporaire, ne peut être apportée au tableau qu'avec l'autorisation du directeur de l'établissement (arrêté du 5-11 février 1898).

Toutefois, en cas d'urgence, ce dernier pourra procéder d'office à la désignation d'un interne pour assurer le service de la garde.

Tout interne qui aura refusé de prendre le service de garde pour lequel il aura été désigné ou qui, étant de garde, aura abandonné son service ou se sera fait remplacer sans l'autorisation expresse du directeur de l'établissement, sera passible de l'une des peines prévues à l'article 179 du présent règlement.

ART. 179. — Les fautes commises par les élèves sont punies, savoir : en ce qui concerne les internes en médecine et en pharmacie :

1° Par l'avertissement ;

2° Par le blâme notifié par le directeur de l'établissement ;

3° Par le blâme notifié directement par le directeur général de l'administration ;

4° Sans changement ;

5° Sans changement ;

6° Par la suspension de fonctions. La suspension comprend, avec la suppression de toute indemnité, l'interdiction d'accès, soit dans le service, soit dans l'hôpital, soit dans l'ensemble des établissements hospitaliers ;

7° Sans changement ;

8° Sans chnagement ;

9° Sans changement.

Les internes en médecine et en pharmacie qui auront été, par application des dispositions insérées au § 6 ci-dessus, frappés de la peine de la suspension pourront être autorisés sur leur demande par le directeur général de l'administration, après avis du Conseil de surveillance, à être maintenus en fonctions, à l'expiration de leur quatrième année d'exercice, pendant un laps de temps équivalent à la durée de l'interruption de leur service.

Ils resteront maintenus, en surnombre, sans rétribution ni allocations accessoires (logement et nourriture) dans le service auquel ils se trouvent affectés.

(Le reste sans changement.)

L'article 48 du règlement sur le Service de santé des hôpitaux et hospices civils de Paris est modifié ainsi qu'il suit :

ART. 48 (§ 31). — L'examen des titres universitaires, hospitaliers et scientifiques des candidats sera soumis à une Commission spéciale comprenant cinq membres : un médecin et un chirurgien tirés au sort parmi lds médecins et chirurgiens chefs de service en exercice et parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux non encore titularisés, mais exerçant leurs fonctions depuis huit années à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination ;

Trois électro-radiologistes, titulaires ou adjoints tiré au sort parmi les électro-radiologistes titulaires ou parmi les électro-radiologistes adjoints exerçant leurs fonctions depuis huit années à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination ; l'un de ces juges, toutefois, devant être tiré au sort parmi les électro-radiologistes titulaires spécialisés en électrologie.

L'épreuve pratique sera jugée par le jury de la Commission spéciale chargée de l'examen des titres des candidats; elle aura donc lieu, pour les candidats ayant accompli les deux années de stage prévues par le présent règlement, immédiatement après la clôture des opérations de la Commission spéciale de classement concernant l'examen des titres des candidats ayant terminé leur première année de stage.

Cette épreuve de manipulation comportera deux parties : l'une afférente à la radiologie et l'autre à l'électrologie.

Pour chacune de ces parties de l'épreuve, les candidats disposeront de quinze minutes qu'ils utiliseront à leur gré tant pour la manipulation que pour la présentation et l'exposé oral de la question.

Le nombre maximum des points attribués pour cette épreuve est fixé à 20 pour la radiologie et à 20 pour l'électrologie.

Cette épreuve sera faite en plusieurs jours si le nombre des candidats ne permet pas de la faire subir à tous au cours de la même séance. Les questions, au nombre de trois pour chacune des deux parties de l'épreuve, sont rédigées et arrêtées par le jury, chaque jour d'épreuve, immédiatement avant la séance. Les questions à traiter sont désignées par le sort.

(Le reste sans changement.)

**Substances vénéneuses.** — Le *Journal officiel* du 28 juillet 1931 publie l'arrêté suivant :

ARTICLE PREMIER. — Ne sont pas applicables aux préparations médicamenteuses pour l'usage de la médecine humaine, qui renferment des substances inscrites aux

# NOUVELLES *(Suite)*

tableaux annexés au décret du 14 septembre 1916, modifié par le décret du 20 mars 1930, en quantité et à des concentrations égales ou inférieures aux quantités et aux concentrations indiquées aux tableaux annexés au présent arrêté :

1° Les dispositions des articles 18 et 21 à 27 du titre Ier du décret du 14 septembre 1916, modifié par le décret du 20 mars 1920 ;

2° Les dispositions des articles 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38 et 39 du titre II du décret précité, mais seulement en ce qui concerne la détention, l'offre, la distribution, le courtage, l'achat, la vente, l'importation et l'exportation desdites préparations.

ART. 2. — Conformément à l'article 29 du décret du 14 septembre 1916, cet arrêté, ainsi que les tableaux qui y sont annexés, seront insérés au Codex.

Le nouveau tableau est publié dans le même numéro, pages 8258 à 8262.

**Faculté de médecine de Rome.** —La Faculté de médecine de Rome vient d'élire comme successeur du regretté professeur Ascoli à la chaire de clinique médicale universitaire le professeur Cesare Frugoni de Padoue, membre du comité de rédaction de notre confrère *Minerva medica*, et bien connu par ses importants travaux sur l'asthme, l'œdème pulmonaire, les spléuomégalies.

**Faculté de médecine de Bordeaux.** — M. Leuret, professeur sans chaire à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, est nommé, à compter du 1er octobre 1931, professeur d'hygiène à ladite Faculté, en remplacement de M. Auche, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

**Faculté de médecine de Lyon.** — M. Manceau, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, est nommé, à compter du 1er octobre 1931, professeur de matière médicale et botanique à ladite Faculté, en remplacement de M. Bretin, décédé.

**Faculté de médecine de Montpellier.** — La chaire de clinique gynécologique de la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier est déclarée vacante.

Un délai expirant le 13 août est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

La chaire de clinique chirurgicale infantile et orthopédie est déclarée vacante.

Un délai expirant le 13 août est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

**Hôpitaux de Bordeaux.** — *Médaille d'or* (*Chirurgie*). — Le concours vient de se terminer par la nomination de M. Philip.

Un concours pour une place de médecin résidant à l'hôpital Saint-André sera ouvert le jeudi 22 octobre 1931. — Inscriptions reçues jusqu'au 7 octobre au secrétariat de l'administration des hospices, cours d'Albret, 91.

**École de médecine de Tours.** — Un concours s'ouvrira le 15 octobre devant l'Ecole de médecine et de pharmacie de Tours pour la nomination d'un chef de clinique obstétricale.

M. Rollet du Coudray est délégué dans les fonctions de chef de clinique obstétricale, jusqu'à l'issue du prochain concours.

Par arrêté ministériel en date du 8 juillet 1931, M. le Dr Guillaume-Louis est renouvelé dans ses fonctions de directeur de l'Ecole préparaoire de médecine et de pharmacie de Tours, pour une nouvelle période de trois ans, à compter du 1er octobre 1931.

**École de médecine de Nantes.** — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de bactériologie, hygiène et médecine expérimentale à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes s'ouvrira le mercredi 10 février 1932 devant la Faculté de médecine de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

**Hospice du Mans.** — Un concours pour deux places d'interne.s titulaires en médecine et chirurgie sera ouvert à l'hôpital du Mans, le samedi 5 septembre 1931.

Les internes sont nommés pour deux ans. Ils touchent 300 francs par mois la première année, 350 francs la seconde. Ils sont logés, nourris, éclairés, chauffés, blanchis et raccommodés.

Pour tous renseignements et inscriptions, s'adresser à M. le secrétaire général des hospices du Mans, avenue-Rubillard, 194, avant le 1er septembre 1931, date de clôture des inscriptions.

**Asile public d'aliénés de Sarreguemines.** — Le poste de médecin-directeur de l'asile public d'aliénés de Sarreguemines (Moselle) est déclaré vacant.

**Asiles publics d'aliénés.** — Des postes de médecin chef des asiles publics d'aliénés sont actuelleêment vacants : 1° à la maison nationale de Charenton ; 2° à la maison de santé de Saint-Dizier (Haute-Marne).

**Médecin de l'Assistance médicale indigène de Madagascar.** — L'arrêté ministériel suivant vient de paraître au *Journal officiel* :

ART. 1er. — Un concours pour six emplois de médecin de 2e classe de l'assistance médicale indigène de Madagascar et dépendances s'ouvrira le 16 décembre 1931.

Le registre d'inscription sera clos le 15 octobre 1931, à 17 heures.

ART. 2. — Un arrêté ultérieur fixera les centres des épreuves écrites et des épreuves pratiques et orales, ainsi que les conditions dans lesquelles aura lieu ce concours.

**Légion d'honneur.** — Sont nommés ou promus : *Commandeur* : M. Cros, médecin colonel.

*Officiers* : M. Roux, médecin en chef de 2e classe de réserve du Service de santé de la marine ; M. Tixier, à Paris.

*Chevaliers* : M. Lapouge, médecin de 1re classe de réserve du Service de santé de la marine ; M. Grabois, de Paris.

**Médaille d'honneur de l'Assistance publique.** — *Médaille d'or*. — MM. Beaudoin, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise) ; Trenel, à Paris ; Guillermain, à Ris-Orangis (Seine-et-Oise).

*Médaille d'argent*. — MM. Aubouin, à Laval (Mayenne); de Alberti, à Nice (Alpes-Maritimes).

*Médaille de bronze*. — M. Luneau, à Saint-Sébastien-sur-Loire (Loire-Inférieure) ; Mlle Lœwen, à Nice (Alpes-Maritimes).

**Officier de l'Instruction publique.** — M. Binet, de Châteaurenault (Indre-et-Loire).

**Médaille d'honneur de l'éducation physique.** — *Médaille d'argent*. — M. Boyne, médecin-chef à l'infirmerie-ambulance, à Kasbah-Tadla (Maroc) ; de Floris, professeur à l'Ecole de médecine de Besançon (Doubs).

## NOUVELLES *(Suite)*

**Médaille d'honneur des épidémies.** — La médaille d'honneur des épidémies a été conférée à M. Jean Gaudoin, étudiant en médecine, faisant fonction d'externe à l'hôpital Saint-Louis, qui en soignant un malade a contracté une septicémie mettant sa vie en danger.

*Médaille d'argent.* — MM. Garnier, à Arcueil (Seine) ; Morai, à Beyrouth (Syrie).

*Médaille de bronze.* — MM. Boyer, à Meximieux (Ain) ; Thomson, interne en médecine à l'hôpital général de Dijon (Côte-d'Or) ; Ferradou, interne provisoire des hospices civils de Bordeaux (Gironde) ; Crozat, interne à l'Hôtel-Dieu d'Orléans ; Boyer, interne des hôpitaux de Lyon ; Cheynel, à Paris ; Albert, interne à l'hôpital Trousseau ; Streusand, externe à la maison municipale de santé ; Bataille, externe à l'hôpital Beaujon ; Kaplan, à Paris ; Warnier, à Crécy-en-Ponthieu (Somme) ; Batier, à Montfaucon (Haute-Vienne) ; Poinso, à Marseille ; Beaucaire, Faye, externes des hôpitaux de Marseille.

**Enfants-Assistés de la Seine.** — Sont nommés en qualité de médecin, à titre définitif, du service des Enfants-Assistés de la Seine : A la circonscription médicale de Guérigny (agence de Nevers) : M. Beaume ; à la circons-Calais) : M. Leroy ; à la circonscription médicale de cription médicale de Saint-Calais-Ouest (agence de Saint-Frévent (agence de Saint-Pol) : M. Rembauville ; à la circonscription médicale de Calonne-Ricouart (agence de Saint-Pol) : M. Ringard ; à la circonscription médicale de Dampierre (agence de Bourbon-Lancy) : M. Rouis ; à la circonscription médicale de Donzy (agence de Cosne) : M. Usquin.

**Société française de sérologie appliquée.** — Un groupe de professeurs et d'anciens élèves de l'école de sérologie de la Faculté de médecine de Paris, d'accord avec de nombreux chefs de laboratoires de sérologie, ont décidé de fonder une société pour favoriser les progrès de la sérologie appliquée au diagnostic et au contrôle du traitement des maladies, particulièrement de la syphilis.

L'assemblée constitutive s'est tenue le samedi 25 juillet 1931 à la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence de M. le professeur Gougerot.

Après le vote des statuts, l'assemblée a procédé à l'élection du Comité de direction de la Société : présidents d'honneur : MM. les professeurs Balthazard, Bordet, Calmette et M. Queyrat ; président : M. le professeur Levaditi ; vice-présidents : MM. les professeurs Pierre Girard, Gougerot, J. Nicolas ; secrétaire général : M. Edouard Peyre ; secrétaire général adjoint : M. Duvic ; trésorier : M. Robert Rabut ; membres du Comité de direction : MM. Cavaillon, Demanche, Dujarric de la Rivière, le professeur Fiessinger, Lévy-Bing, Louste, Milian, Marcel Pinard, Sicard de Plauzoles, Spillmann et le professeur Tanon.

M. Demanche a été nommé secrétaire général honoraire.

La cotisation a été fixée à 100 francs. La prochaine assemblée de la Société aura lieu le jeudi 12 novembre 1931, à 17 heures, à la Faculté de médecine de Paris.

**Congrès médical en 1932 à Vichy.** — Parmi les grands travaux d'extension qui doivent s'échelonner à Vichy pendant les prochaines années, un nouvel et veste établissement thermal est en voie d'achèvement.

Pour mieux célébrer son inauguration, la Société des sciences médicales vient de prendre l'initiative d'organiser sur place, pour les derniers jours de septembre 1932, un Congrès international de la lithiase biliaire.

Cette manifestation sera la première d'une série de réunions médicales analogues qui seront périodiquement consacrées, dans cette station, aux maladies du foie et aux affections qui s'y rattachent.

**Cours de vacances.** — Notions élémentaires de dermato-syphiligraphie pour les médecins praticiens et les élèves stagiaires de la Faculté.

Sous la direction de M. le professeur Gougerot, médecin de l'hôpital Saint-Louis, MM. A. Carteaud et R. Cohen, chefs de clinique à la Faculté, feront du 1er septembre 1931 au 17 octobre 1931, les lundi, mardi, mercredi, jeudi et vendredi matin, de 9 à 10 heures, à l'amphithéâtre Fournier, une série de démonstrations pratiques, comprenant l'indispensable en dermato-syphiligraphie, démonstrations suivies de présentation de malades avec diagnostic et traitement.

*Cours gratuit.* — S'inscrire auprès du Dr Carteaud, pavillon Bazin, hôpital Saint-Louis.

**Liste des prix à décerner en** 1931. — Bernheim : 1000 fr. — Récompense de la meilleure thèse de doctorat sur la tuberculose. (Etudiants français, russes ou polonais.)

Segond : 4 500 fr. — Bourses à des internes ayant fait leurs preuves, qui préparent le concours d'adjuvat ou ont obtenu le titre d'aide d'anatomie.

Déroulède : 1 000 fr. — Récompense de travaux ayant trait à l'étude du cancer.

Monthyon : 1 600 fr. — Récompense du meilleur mémoire sur les maladies prédominantes en 1930.

Lannelongue : 800 fr. — Aide à un étudiant en médecine momentanément dans la gêne.

Lévi-Franckel : 2 800 fr. — Prix à un interne méritant de la clinique médicale Hôtel-Dieu, interne ou externe en fonctions dans ce service.

De Rothschild : 2 700 fr. — Bourses à deux étudiants, de préférence israélites.

Girard : 3 000 fr. — Prix à un étudiant pourvu de 12 inscriptions au moins, poursuivant ses recherches pour découvrir un médicament, sérum, etc., susceptible d'atténuer en France les ravages causés par les maladies contagieuses.

# NOUVELLES *(Suite)*

Saintour : 4 300 fr. — Prix dont le sujet sera désigné par la Faculté.

Carville : 2 000 fr. — Deux bourses au profit de deux étudiants français, laborieux et peu fortunés.

Demarle : 500 fr. — Prix annuel à un étudiant méritant.

De Trémont : 2 800 fr. — Prix annuel à un étudiant méritant et sans fortune.

Véret : 900 fr. — Prix annuel à un étudiant méritant et sans fortune.

Anonyme : 3 100 fr. — Bourses à des étudiants méritants et sans fortune.

Hervieux : 3 900 fr. — Aide à deux étudiants méritant et sans fortune.

Barbier : 2 800 fr. — Prix en faveur de la personne qui inventera une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieure à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment.

Chateauvillard : 2 400 fr. — Prix au meilleur travail sur les sciences médicales.

Jeunesse : 1 900 fr. — Prix au meilleur ouvrage sur l'hygiène.

Les demandes établies sur papier timbré à 3 fr. 60 et accompagnées, s'il y a lieu, d'un état de situation de fortune, devront parvenir à la Faculté, au plus tard, le 15 octobre 1931.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

**Assemblée générale de la Fédération des Filiales départementales de l'œuvre Grancher.** — L'Œuvre Grancher, œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose, a tenu le 19 juin 1931, l'Assemblée générale de la Fédération des Filiales, à l'Institut Pasteur, sous la présidence du Dr Roux, directeur de l'Institut Pasteur.

La 28e année d'exercice de l'Œuvre Grancher apporte des résultats plus satisfaisants encore que la précédente et si les ressources ne sont pas encore suffisantes pour protéger tous les enfants qui en auraient besoin, ont constate cependant une notable progression dans le nombre des enfants que l'Œuvre soustrait à la contamination tuberculeuse. Le graphique annexé au bulletin est d'une éloquence toute particulière et le nombre des enfants placés et protégés par l'Œuvre et ses filiales qui était de 3 500 en 1927, fut en 1930 de 5 500.

L'Œuvre compte actuellement 40 filiales départementales : certaines, s'en tenant aux applications primitives de Grancher, ne s'occupent que des enfants de plus de trois ans, mais la plupart des filiales ont suivi l'exemple de l'Œuvre parisienne et ont créé des centres d'élevage pour recueillir les nourrissons.

Les départements dans lesquels la lutte antituberculeuse par la protection de l'enfance est menée le plus activement sont : les départements du Finistère, dont la filiale Grancher compte plus de 800 enfants; et de la Loire qui en préserve plus de 700.

L'Assemblée générale émet le vœu que les fonds du timbre antituberculeux soient attribués aux œuvres de préservation contre la tuberculose et non point à celles qui n'ont pas d'action directe dans la lutte contre la tuberculose.

Il serait désirable de voir les pouvoirs publics ou les caisses d'assurances sociales apporter à l'Œuvre Grancher une aide financière très importante, car toute économie sur le budget de la préservation entraîne dans l'avenir de très lourdes dépenses dans le traitement des maladies, en particulier de la tuberculose.

## MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

31 AOUT au 4 SEPTEMBRE. — *Berne.* Congrès neurologique international.

SEPTEMBRE. — *Moscou.* IXe Congrès panrusse des gynécologues et accoucheurs.

2 au 7 SEPTEMBRE. — *Budapest.* Congrès de l'Association internationale de stomatologie.

5 SEPTEMBRE. — *Faculté de médecine.* Clôture du registre d'inscription pour le concours d'agrégation.

7 SEPTEMBRE. — *Rome.* Congrès international pour les études sur la population.

8 SEPTEMBRE. — *Capvern.* Concentration à Capvern du 24e VEM.

11 SEPTEMBRE. — *Dijon.* Ecole de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de chef des travaux de physique.

14 SEPTEMBRE. — *Budapest.* Congrès de l'Association stomatologique internationale.

15 SEPTEMBRE. — *Angers.* Ecole de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale.

18 SEPTEMBRE. — *Clermont.* Ecole de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'antomie.

19 SEPTEMBRE. — *Toulouse.* Faculté de médecine Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de clinique obstétricale.

20 SEPTEMBRE. — *Nantes.* Ecole de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine.

20 SEPTEMBRE. — *Buenos-Aires.* Congrès national du Service social de l'enfance.

22 SEPTEMBRE. — *Tours.* Ecole de Médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physique.

26 SEPTEMBRE. — *Grenoble.* Ecole de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale.

# VARIÉTÉS

## PARIS MÉDICAL EN 1830

Le premier samedi de chaque mois, vers 5 heures du soir, on voit se hâter vers le foyer des professeurs, parcourant d'un pas rapide le « hall » qui précède le grand escalier donnant accès à la Bibliothèque de la Faculté, des ombres que l'on sent familières : M. le professeur Menetrier ; M. Barbillon, le président ; M. Hervé, le président honoraire ; MM. Bordier et Dorvault, MM. Hahn et Nepveu, MM. Jean Vinchon et Avallon ; M. Delaunay, le savant auteur du *Monde médical au XVIIIe siècle* ; MM. Dardel et Mousson-Lanauze ; M. le professeur agrégé Laignel-Lavastine, secrétaire de la Société internationale d'histoire de la médecine, dont la taille fait un curieux contraste avec celle de notre très actif secrétaire général M. Fosseyeux, auteur de *l'Hôtel-Dieu de Paris au XVIIe et au XVIIIe siècle* et d'un mémoire intitulé *Inventaire des objets d'art de l'Administration de l'assistance publique,...* auteur de *Paris médical en 1830* ; avec eux, nombre de nos confrères : ce sont les membres érudits de la Société française d'histoire de la médecine.

Voici donc cent ans que le romantisme battait son plein : il n'y avait à Paris, ni trottoirs, ni électricité, ni autobus... ni métro, mais, par contre, on pouvait rencontrer, ici ou là, boulevard des Italiens ou jardin du Palais-Royal, un personnage de Balzac sortant de chez Tortoni ou entrant chez Véry, et ce personnage pouvait être Horace Bianchon ou Desplein, *un grand Patron*, d'une époque où vivait l'aïeul de notre haut et puissant confrère, André Pascal...

Or, ce fut un de ces samedis dont j'ai parlé que M. Fosseyeux, ayant une heure à perdre et nous-même une heure à gagner, nous nous engageâmes dans cette étroite rue de l'École-de-Médecine dont les trottoirs rappellent par leur exiguïté — à s'y méprendre — ceux de la rue Saint-Rome à Toulouse. Nous eûmes relativement tôt fait de gagner le boulevard Saint-Michel (qui n'a plus de quartier latin que le nom) et, musardant vers le Luxembourg, je laissai mon compagnon me narrer — pour moi tout seul — le résultat de son érudition, et ceci me vaut de vous transmettre, infidèlement sans doute, tout ce qu'il m'apprit sur nos confrères vivant à cette époque, à cette époque dont le Dr Briau, le satirique, eût tiré pour *le Mouvement sanitaire* de ces âges disparus d'étincelantes pages et de savoureuses chroniques.

1830 ! A Plouaré, en Kerlouarnec, près de Douarnenez, venait de s'éteindre, presque ignoré, celui dont, en 1926, on fêta magnifiquement le centenaire de la mort, autant du haut de la chaire de Notre-Dame que du haut de la tribune de la Sorbonne. Laennec habita treize ans au no 3 de la rue du Jardinet (près le boulevard Saint-Germain), derrière la maison qui est actuellement celle de la librairie Masson, — rue du Jardinet qui donne accès à la Cour de Rohan ; Laennec précéda de quelques mois à peine Philippe Pinel dans la tombe ; Pinel, l'aliéniste, qui voulut rendre le dernier soupir auprès des malades à qui il avait accordé tant d'heures de labeur et de dévouement.

Laennec et Pinel succombèrent-ils aux préoccupations de leurs contemporains, nous entendons par là : sacrifièrent-ils à la mode qui voulait qu'un certain quartier fût *le seul réservé aux maîtres*? Nous l'avons vu, Laennec, près de la Faculté, n'avait que quelques pas à faire pour gagner son amphithéâtre. En tout cas voici les conseils qu'un auteur, qui eut quelque succès lorsque Théophile Gautier arborait son gilet rouge, donnait aux jeunes médecins qui voulaient percer : « *Lorsqu'un jeune médecin et qui a quelque mérite, mais qui n'est protégé par personne, veut exercer à Paris, il commence par faire choix d'un quartier où il suppose trouver plus de chances : c'est ordinairement un quartier populeux qu'il préfère ; voilà pourquoi il y a encombrement de médecins dans certaines parties de la capitale... Le choix d'un logement n'est pas moins essentiel ; l'appartement doit avoir au moins trois pièces : une antichambre convenablement meublée, une pièce servant de cabinet de consultations, c'est la pièce la plus importante ; elle doit être meublée avec goût, avec recherche, avec luxe même, sans sortir pourtant de la gravité qui cadre si bien avec la profession du médecin : un bureau, une bibliothèque et des fauteuils en acajou ; quelquefois même un canapé ; sur la cheminée, des vases antiques, des flambeaux et surtout la pendule surmontée du buste en bronze du père de la médecine ; quelques gravures, celles qui représentent Hippocrate refusant les présents d'Artaxerxès et la mort de Socrate, sont de fondation dans les cabinets des médecins ; les rideaux des fenêtres sont doubles : l'un de couleur, l'autre blanc, artistement drapés et croisés de manière à ne laisser percer qu'un demi-jour dans le petit boudoir où le pauvre, comme le riche, aiment à trouver un certain air d'aisance en venant consulter leur médecin.* » L'un des 876 médecins exerçant alors dans la capitale !...

Dans sa *Lettre d'un médecin à un avocat*, continue mon aimable compagnon de promenade, M. Fosseyeux, Eusèbe de Salles remarque l'amoindrissement du rôle social du médecin en 1830 : « *Pendant la Révolution, les médecins ont figuré dans les assemblées législatives et souveraines : ils étaient partout. Sous l'Empire, leur étoile a un peu*

## VARIÉTÉS *(Suite)*

*pâli, et enfin, depuis la Restauration, leur rôle politique est à peu près réduit à rien. Cette progression est peu flatteuse, car on a dit que la Révolution avait tout bouleversé et que la Restauration a tout remis en ordre.* »

A la veille de 1830, il n'y avait aucun médecin à la Chambre haute ; quelques-uns seulement à la Chambre des députés... Les choses ont bien changé depuis...

... Comme tant d'autres choses : « Tenez, me dit M. Fosseyeux, à l'angle de cette rue où nous nous trouvons maintenant, se tenait *une maison de secours*. Vous savez qu'avant 1816, se trouvaient dans chaque quartier des maisons de charité où le pauvre, l'ouvrier trouvait, à proximité de son travail, marmite, bouillon, ouvroir, école, secours... tout un ensemble d'aide, alliant le souci des corps à celui des âmes. Œuvres de protection sociale et en même temps de police politique.

« En 1830, Cochin, maire du XII$^{e}$, les définissait ainsi : « *C'est un lieu où l'infortune est consolée par de saintes femmes qui n'ont point de richesse à donner mais qui possèdent les vertus de leur état et qui tiennent mémoire et vérification de toutes les misères ; c'est un lieu où peuvent avoir accès tous les habitants du quartier ;... bientôt s'opèrent d'admirables rapprochements, bientôt des relations de patronage direct s'établissent entre l'infortuné et l'homme riche.* »

« Voyez-vous, il y a cent ans à peine, Paris offrait, par quartiers, une sorte de vie familiale qui aurait pu aider puissamment au rapprochement des classes. C'est là, dans ces maisons, que souvent se rendaient les médecins qui y étaient attachés par des liens de charité, d'altruisme. Les médecins du Roi, comme Guéneau de Mussy et Portal, — tous deux habitaient la rue de Condé, — tenaient à ne pas manquer à ces visites. Portal était en 1830 au faîte des honneurs médicaux comme grand consultant. On se rappelle qu'il avait soigné à la Bastille le trop célèbre cardinal de Rohan avant le voyage à Barèges que vous nous avez rapporté à la Société d'histoire de la médecine. Portal avait eu des débuts difficiles. Ses contemporains racontent (mais faut-il toujours croire des contemporains?) qu'il se faisait réclamer par des valets multigalonnés qui le venaient chercher dans les cercles les plus brillants. La nuit, il faisait réveiller les habitants de son quartier par des compères qui demandaient partout la demeure du médecin Portal, pour M$^{me}$ la duchesse de X... Les Cullerier habitent rue de l'Odéon ; Amussat, rue de l'Observance. C'est Amussat qui recommandait aux nombreuses personnes qui lui écrivent de province *de vouloir bien affranchir leurs lettres...* » Jules Cloquet, médecin de Lafayette, habitait la rue de l'Eperon d'où part la rue du Jardinet, habitée par Laennec. C'était l'époque où professait Cruveilhier et où Orfila, arrivé en troubadour des États du roi d'Espagne, allait être doyen.

A ce moment, le baron Alibert, qui a élu domicile rue de Varenne, professe à Saint-Louis, « *sous les frais ombrages où s'élève sa modeste tribune, environnée de bancs rustiques. C'est là que, mollement apporté par un brillant équipage, il vient réjouir l'assemblée de son docte badinage et de ses récits romantiques, heureux de pouvoir déguiser, sous le vernis de ses discours fleuris et animés, les tristes tableaux des infirmités les plus dégoûtantes.* »

Vous avez certainement lu, ajoute M. Fosseyeux, le joli portrait que Poumiès de la Siboutie donne d'Alibert? « *En culotte courte et bas de soie blancs, le chapeau mal planté sur la tête, l'air un peu débraillé, malgré l'élégance des vêtements, la physionomie toujours en mouvement, il ne cessait, en parlant, de chiffonner son col, sa cravate ou sa chemise. Il s'exprimait facilement et avec un accent méridional qui avait quelque chose de piquant. Il émaillait son discours de brillantes métaphores, de vieux adages, de citations variées, de souvenirs empruntés aux Grecs et aux Latins.* »

Alibert envoyait bon nombre de ses malades aux Eaux minérales, notamment à Luchon où son élève et ami Barrié était son correspondant attitré. Alibert s'inspirait des doctrines du grand Bordeu avec qui il avait quelque analogie, Bordeu dont Richerand venait de publier une réédition avec une large préface. Alibert avait soigné André Chénier, Bernardin de Saint-Pierre, dont le professeur Roule, du Muséum d'histoire naturelle, vient de publier une très curieuse monographie ; le professeur recevait encore dans ses beaux salons de la rue de Varenne toutes les muses romantiques de l'époque : Louise Revoil, Marceline Desborde-Valmore, Elisa Mercœur...

Si le temps ne nous eût pressés, nous eussions remonté vers l'Opéra où mon compagnon n'eût pas manqué d'évoquer le souvenir de Véron, qui s'apprêtait à quitter l'exercice de la médecine pour faire dans le journalisme parisien et à la direction de l'Académie nationale de musique la curieuse et brillante carrière que l'on sait...

Mais, comme nous avions fait bien des tours et des détours, nous en arrivions à la rue des Saints-Pères où logeait Baudelocque... Et comme le « tram 20 » me ramène directement à la porte de Vincennes-Saint-Mandé, je remerciai M. Fosseyeux de la charmante chronique qu'il venait de parler pour les lecteurs de *Paris médical* et pris congé du savant secrétaire général de la Société française d'histoire de la médecine.

D$^{r}$ Molinéry, *Luchon.*

# REVUE DES THÈSES

**Contribution à l'étude du traitement de la chorée de Sydenham**, (Dr B. WASMER, *Thèse de la Faculté de Lyon*, 1929).

Dans ce très important travail, fait dans les hôpitaux de Lyon et de Saint-Étienne et contenant de très intéressantes observations, l'auteur passe en revue les différents moyens thérapeutiques préconisés contre cette affection et conclut que, malgré les essais de médications multiples et variées, le meilleur traitement de la chorée de Sydenham est encore l'arsenic, à condition qu'il soit donné à hautes doses ; tous les composés arsenicaux utilisés jusqu'à ce jour sont soit toxiques et dangereux (liqueur de Boudin), soit d'une efficacité insuffisante (cacodylates, méthylarsinates), soit peu pratiques à utiliser hors des services hospitaliers (beurre arsenical) ; tous ces composés, quels qu'ils soient, ont d'ailleurs causé des accidents plus ou moins graves chez un certain nombre de malades.

L'acide allyl- ou propénylarsinique, de par sa constitution chimique, se trouve réunir les qualités curatives de l'acide arsénieux et l'innocuité des composés organiques ; la durée de la cure amenant la guérison des malades atteints de chorée de Sydenham est réduite à quinze jours dans les cas bénins, un mois environ dans les formes plus graves. Aucun cas d'intolérance médicamenteuse n'a été signalé dans les multiples applications de l'acide allylarsinique ou arsylène, et tous les petits malades se sont très bien trouvés de ce traitement qu'ils ont suivi sans aucun incident. Enfin, de par sa présentation en granules ou en ampoules rigoureusement dosés, l'arsylène est facilement maniable, peut être utilisé partout et mis entre toutes les mains, ce qui est un avantage très considérable.

**Le sulfarsénol dans les états hypothrepsiques** (Dr DENIS LEROY, de la Faculté de médecine de Paris. *Thèse de Paris*, 1928).

Il nous semble que les observations ci-dessus nous permettent de formuler les conclusions suivantes :

1° L'imprécision des causes véritables des états hypothrepsiques et la difficulté de réaliser pour chaque malade une thérapeutique étiologique nous autorisent, dans l'état actuel de la science, à utiliser dans le traitement de ces affections des agents susceptibles de stimuler la nutrition générale et les échanges organiques ;

2° Parmi les médicaments proposés jusqu'à ce jour, nous n'en avons trouvé aucun qui nous ait donné des résultats comparables à l'action du sulfarsénol ;

3° Le sulfarsénol agit au cours des états hypothrepsiques d'une façon remarquable. Il permet d'obtenir rapidement une amélioration de l'état général, l'augmentation du poids et la reprise de l'appétit, parce que celui-ci est devenu déficient ;

4° Le sulfarsénol a l'avantage de constituer une thérapeutique spécifique de premier ordre, avantage précieux puisque ce médicament s'adresse à des malades qui peuvent fréquemment être suspectés d'hérédo-syphilis ;

5° Le sulfarsénol est un médicament d'application aisée, et qui ne donne généralement lieu à aucun accident d'intolérance ;

6° Ce médicament doit être administré en série de huit à dix injections en commençant par une dose de cinq milligrammes pour atteindre environ un centigramme par kilogramme du poids du malade. Plusieurs séries peuvent être nécessaires. Elles doivent, dans ce cas, être séparées par des intervalles de trois semaines de repos ;

7° La cure de sulfarsénol ne saurait être considérée comme le seul traitement des états hypothrepsiques. Il est évident qu'une diététique parfaitement réglée doit être également mise en œuvre et qu'il ne contre-indique nullement l'emploi des autres agents thérapeutiques qui ont fait leur preuve au cours de ces états pathologiques.

# REVUE DES REVUES

**Quelques notions sur la médication hypnotique et analgésique**, (R. CODARD, **Concours médical**, Paris, n° 5, février 1931).

Le somnifène est un hypnotique puissant sur lequel on peut compter ; l'allonal est un hypno-analgésique qui, dans beaucoup de cas, peut se substituer avec avantages aux opiacés ; le sédormid est un sédatif hypnogène doux et progressif. Moins sidérant que les narcotiques et les barbituriques, le sédormid ou allylisopropylacétylcarbamide, possède cependant une action certaine dans l'insomnie et l'anxiété. Bien étudié au point de vue pharmaco-dynamique par MM. Pouchet, Demole et Peter, et au point de vue clinique par MM. Perget, Tibi, Dillard, Bénech et nous-même, le sédormid est employé à la dose de un à trois comprimés, c'est-à-dire de 0gr,25 à 0gr,75 dans tous les cas où il s'agit d'une insomnie peut grave ou d'une anxiété légère. Ces doses moyennes ont une influence sédative très nette et ne provoquent pas d'excitation, car elles n'exercent aucune action nocive sur les principaux appareils ; notamment le cœur, le pouls, la tension ne sont pas modifiés, la diurèse reste intacte, les principales fonctions organiques essentielles sont inaltérées ; d'autre part, ce produit parait se détruire entièrement dans l'organisme, et c'est une garantie de l'absence d'effet cumulatif. C'est pourquoi, d'après l'auteur, il faut utiliser le sédormid chez tous les sujets nerveux, les petits agités, les agrypniques, les surmenés et les convalescents, car il soulage les malades sans les exposer aux dangers habituels de l'administration prolongée de narcotiques trop puissants.

**A propos de la médication bromurée**, (J.-M. SACAZE, **Concours médical**, Paris, n° 18, mai 1930).

Dans les multiples cas de la pratique médicale courante où l'on doit combattre l'angoisse si fréquente chez le patient émotif et où l'on ne veut administrer ni un sédatif trop puissant (comme le pantopon), ni un analgésique hypnogène (comme l'allonal), on peut ordonner en toute sécurité, et même à l'insu du malade, le sédobrol, extrait de bouillon végétal concentré achloruré, dosé par tablette à un gramme de bromure de sodium chimiquement pur, particulièrement savoureux, toujours admirablement supporté même par les enfants.

# LA MÉDECINE AU PALAIS

## RÉVÉLATION DU SECRET PROFESSIONNEL

Il est de principe que l'obligation du secret imposé au médecin n'est pas strictement d'ordre public et qu'un malade peut autoriser son médecin à faire connaître le caractère de la maladie qu'il a constatée.

Une application de ce principe a été faite par un arrêt de la Chambre des requêtes du 26 mai 1914 (Dalloz, 1919-1-56).

Cet arrêt décide que les règles relatives au secret professionnel n'empêchent par une partie de produire en justice les certificats délivrés par le médecin qui lui a donné ses soins, toutes les fois que cette partie estime pouvoir en faire usage.

Devant la Cour de Douai, il s'agissait d'un ouvrier à qui une rente avait été refusée parce que l'infirmité alléguée par lui aurait été antérieure à l'accident.

La Cour a décidé que l'ouvrier ne peut prétendre que la production des documents d'où résulte l'existence de l'accident ancien constitue une violation du secret médical, alors que cette production a été faite d'accord entre les parties devant les premiers juges.

L'arrêt de la Cour de Douai, du 28 avril 1913, est ainsi libellé :

« Attendu qu'Erlander, ajusteur au service de Venot et Cie, constructeurs à Onnaing, a été le 7 mai 1912, au cours de son travail, victime d'un accident qui a eu pour conséquence l'énucléation de l'œil gauche ;

« Attendu que le juge ne doit tenir compte, pour fixer la rente du blessé, que du salaire antérieur à l'accident et des facultés de travail qui subsistent après l'accident ;

« Attendu que le salaire antérieur étant de 2 000 francs, ce qui n'est pas contesté, il échet de rechercher si les facultés de travail ont été diminuées par l'accident et dans quelle mesure ;

« Attendu qu'il résulte des documents versés aux débats : 1° que l'accident du 7 mai 1912 n'avait pu produire les lésions constatées ; 2° que, du fait d'un accident survenu le 6 octobre 1903, l'œil n'avait conservé qu'une acuité visuelle d'un dixième, grâce à un verre correcteur ; 3° que l'impossibilité de porter ce verre pendant le travai

## LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

diminuait encore sensiblement l'acuité visuelle de l'œil qui était par suite presque inutilisable en 1905 pour l'exercice de la profession ; 4° que depuis cette époque, l'œil avait peu à peu dévié en dehors et était à peu près, sinon tout à fait, sans valeur ;

« Que, par suite, il n'est pas établi que l'accident du 7 mai 1912 ait diminué les facultés de travail de l'ouvrier ;

« Attendu qu'Erlander prétend vainement, pour la première fois devant la Cour, qu'il y a lieu d'écarter des débats tous les documents établissant l'existence d'un accident antérieur et ses conséquences, parce qu'ils sont le résultat d'une violation du secret professionnel commise par le Dr Dransart qui l'avait soigné lors de son premier accident ; qu'il suffit de constater que c'est Erlander lui-même qui a reconnu devant son médecin, le Dr Williot, l'existence de son premier accident, la diminution de la capacité visuelle de l'œil gauche en résultant et la possibilité d'obtenir des renseignements plus complets auprès du Dr Dransart.

« Par ces motifs,

« Réformant le jugement du tribunal civil de Valenciennes en date du 19 décembre 1912, dit Erlander mal fondé dans ses demandes, fins et conclusions, l'en déboute. »

Sur pourvoi, la Cour de Cassation a rendu l'arrêt suivant :

« La Cour :

« Sur le moyen du pourvoi pris de la violation de l'art. 378 Code pénal, des articles 1 et 3 de la loi du 9 avril 1898, de l'article 1241 Code civil et des règles de la preuve littérale ;

« Attendu que les règles relatives au secret professionnel n'empêchent point une partie de verser au débat (ou d'y laisser verser suivant les circonstances) les certificats délivrés par le médecin qui lui a donné ses soins ou par les praticiens à l'examen desquels elle s'est soumise, et dont elle estime qu'il doit être fait usage ; qu'aucune critique n'est soulevée par le pourvoi contre la mise au débat, soit du certificat délivré à Erlander par son médecin le Dr Williot, soit du certificat constatant son examen par le Dr Painblau, effectué, d'après les énonciations de l'arrêt, contre lesquelles il n'a pas été formulé de protes-

## LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

tations, contradictoirement avec le représentant du patron, du consentement des parties, et d'ailleurs susceptible, de ce chef, d'être considéré comme un document commun ; qu'il n'existait pas d'obstacle légal à ce qu'Erlander consentît également à la mise au débat des renseignements fournis par le Dr Dransart, auquel il avait indiqué la possibilité de se renseigner et que vise le certificat Painblau ;

« Et attendu que la preuve du consentement d'Erlander résulte des faits qu'il rentrait dans les pouvoirs du juge du fond d'affirmer, même sans écrit ; qu'au surplus, celui-ci serait constitué par la procédure d'après laquelle, suivant les constatations de l'arrêt attaqué, Erlander n'avait pas, devant le tribunal de première instance, contesté la mise au procès des renseignements dont il n'a, devant la Cour d'appel, demandé le rejet du débat que lorsqu'ils y étaient acquis ;

« Attendu, par suite, qu'en statuant ainsi qu'il l'a fait, l'arrêt attaqué, dûment motivé, n'a pas violé les textes visés au pourvoi, et a fait, au contraire, une exacte application des règles régissant la matière.

« Par ces motifs, rejette. »

Adrien Peytel,
*Avocat à la Cour d'appel.*

## ÉCHOS

### DÉONTOLOGIE MÉDICALE

La médecine étant une profession libérale, ceux qui l'exercent ne doivent pas utiliser des méthodes d'allure commerciale pour se faire valoir auprès du public.

Ainsi l'a compris le Conseil d'administration du S. M. S. qui rappelle aux membres de notre syndicat l'article 3 du règlement de déontologie, publié dans le numéro de novembre 1930 du *Médecin de France*, organe officiel de la Confédération des Syndicats médicaux français.

Cet article est ainsi conçu :

« Le médecin ne doit user dans la recherche de la clientèle que de procédés corrects. Sont interdits comme ne l'étant pas :

« 1° Toute publicité nominative ;

« 2° Tout affichage, toute distribution de prospectus, tracts ou brochures ;

« 3° Toute enseigne ou plaque murale d'apparence commerciale ;

« 4° Toute publication d'article d'apparence scientifique écrit pour un but de réclame. »

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Séance du 8 mai 1931.*

**Injections interstitielles de glycérine phéniquée à 1 p. 30.** — M. Le Lorier rapporte quatre observations de malades atteints d'infections septiques diffuses du derme et de l'hypoderme, et traités par des injections interstitielles de glycérine phéniquée à 1 p. 30. Dans trois de ces cas, ce traitement amena la guérison.

**A propos d'une tumeur bénigne de l'estomac à allure de tumeur maligne.** — MM. Legac, Bécart, Hirchberg rapportent un cas de tumeur gastrique chez une femme de trente ans, ayant cliniquement l'allure d'un cancer ; radiographiquement, c'est le type des tumeurs bénignes. Malgré le mauvais état général et l'anémie, on fait une gastrectomie large, seul traitement logique des estomacs qui saignent. C'était un fibrome juxta-pylorique. Guérison opératoire troublée par une phlébite.

**De l'évaluation de la résistance du malade avant une opération chirurgicale.** — M. Marcel Labbé envisage les procédés d'examen à employer chez les sujets qui vont subir une intervention chirurgicale. Ces procédés sont destinés à faire connaître la valeur fonctionnelle des principaux viscères : foie, reins, cœur et vaisseaux. Ils sont plus complexes lorsque le malade est atteint de maladie de la nutrition telle que le diabète, ou d'une maladie endocrinienne telle que le goitre exophtalmique.

Pour l'exploration du foie, des reins, du sang, des urines, les biologistes ont aujourd'hui déterminé d'une façon assez précise la marche à suivre, excluant certains tests maintenant désuets et utilisant des techniques perfectionnées, et surtout directes et précises.

**Un cas d'éventration diaphragmatique gauche d'origine congénitale (Syndrome pseudo-pleurétique avec dextrocardie).** — MM. André Tardieu et Ch. Guilbert communiquent l'observation d'une jeune fille de vingt-trois ans, se plaignant, à l'occasion d'une rhino-bronchite subaiguë, avec toux quinteuse, d'un point douloureux thoracique gauche et d'une légère dyspnée d'effort.

L'examen radioscopique met en évidence l'éventration du diaphragme gauche (diaphragme surélevé d'un travers de main par rapport au diaphragme droit; angle splénique du côlon occupant la presque totalité de l'espace compris sous la coupole diaphragmatique immobilisée dans sa portion médiane). L'éventration diaphragmatique congénitale, qui n'est pas incompatible avec le développement de lésions pulmonaires tuberculeuses évolutives (G. Caussade et Fatou), est à bien distinguer de l'éventration acquise par phrénite (inhibition ou paralysie) survenant au cours de certaines lobites tuberculeuses. (E. Sergent.)

P. Prost.

## SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

*Séance du 19 mai 1931.*

**Guérison anatomique d'un abcès du poumon chez un nourrisson ; mort par pneumococcie prolongée.** — MM P. Lereboullet, A. Bohn, P. Baize et F.-P. Merklen publient les résultats de l'autopsie d'un nourrisson présenté par eux à la séance de janvier dernier de la Société de pédiatrie alors qu'il était cliniquement guéri d'un abcès du poumon droit ayant débuté deux mois auparavant à l'âge d'un mois. Cet enfant fit plusieurs semaines après, une série de poussées fébriles avec otite qui durèrent un mois et furent suivies pendant un autre mois de cachexie progressive avec apyrexie.

La mort, survenue le 1er avril, a permis de constater la guérison anatomique de l'abcès du poumon au niveau duquel on note une sclérose étendue avec persistance de quelques îlots inflammatoires sans suppuration. En revanche, on notait à gauche l'existence d'une coque pleurale purulente à pneumocoques et au niveau des méninges d'un épanchement purulent également à pneumocoques qui s'étaient l'un et l'autre développés sans symptômes autres que la cachexie.

La suppuration pulmonaire s'était tarie et la cicatrisation était complète, mais la pneumococcie avait continué et c'est elle qui, plus de quatre mois après le début des accidents, avait entraîné la mort.

**Deux cas de malformations congénitales des vertèbres cervicales.** — MM. Brindeau et E. Jacquet présentent deux sujets porteurs de malformations congénitales des vertèbres cervicales réalisant le cou court.

**Anomalies vasculaires.** — MM. Babonneix, V. Cathala et Mlle Lévy présentent un nourrisson atteint de dextrocardie congénitale chez lequel se voit dans la région épigastrique une tumeur pulsatile que la radiographie permet de situer au-dessous du diaphragme et dont la nature exacte est difficile à préciser.

**Paraplégie spasmodique familiale.** — MM. Babonneix et Miget présentent deux sujets, le frère et la sœur, atteints de paraplégie spasmodique familiale pure.

**Nævus variqueux ostéo-hypertrophique.** — M. Babonneix présente un sujet atteint de nævi variqueux avec hypertrophie du membre.

M. Duhem préfère l'expression de nævus variqueux dystrophique, car il n'y a pas toujours hypertrophie du membre, il peut très bien y avoir une atrophie plus ou moins importante.

**Paralysies multiples.** — MM. Babonneix et Miget présentent une fillette de cinq ans atteinte de paralysies multiples portant sur les VIe, VIIe et XIIe paires crâniennes avec atrophie linguale. Il peut s'agir d'une malformation congénitale ou d'une paralysie bulbaire à début précoce.

**Angiome ulcéré de la face chez un nouveau-né.** — M. Rouèche rapporte l'observation d'une enfant née avant terme présentant un placard angiomateux du nez et de la face. Au bout de quelques jours, à la suite d'un érythème facial accompagné de fièvre et d'atteinte de l'état général, l'angiome s'ulcéra et il se produisit une effondrement de la cloison du nez tandis que des cicatrices blanchâtres avec aréole rouge se dessinaient sur les surfaces angiomateuses.

Un traitement arsenical améliora l'état de l'enfant, quoique les réactions sérologiques aient été négatives chez les parents et l'enfant.

**Adénite cervicale suppurée bilatérale à BCG terminée par la guérison.** — M. H. Janet rapporte l'observation d'une fillette vaccinée au BCG à la naissance chez laquelle apparurent à l'âge de deux mois de petits ganglions cervicaux dont plusieurs suppurèrent à l'âge de treize mois. L'aspect clinique était alors celui d'adénite

## SOCIÉTÉS SAVANTES (*Suite*)

tuberculeuses fistulisées. L'enfant a complètement guéri en quelques mois.

Aucun germe n'a pu être mis en évidence dans le pus ; neuf cobayes inoculés ne sont pas devenus tuberculeux, mais chez deux d'entre eux on a pu déceler dans les ganglions inguinaux des bacilles acido-résistants que l'on peut considérer comme étant du BCG.

Les faits de cet ordre, d'ailleurs rares, sont importants et intéressants à connaître, mais ils ne peuvent en aucune manière être interprétés dans un sens défavorable à la vaccination antituberculeuse de Calmette.

M. Levesque a observé un cas superposable au précédent ; il s'agissait d'un enfant ayant des végétations adénoïdes, et on peut se demander si le BCG n'a pas été en partie arrêté à ce niveau lors de son absorption, ce qui expliquerait l'adénopathie cervicale.

**Pyopneumothorax putride insidieux chez un jeune enfant.** — M. Ferru (de Poitiers) rapporte l'observation d'un enfant de trois ans et demi qui lui fut amené pour de la fatigue générale consécutive à une coqueluche assez sévère et chez lequel des signes d'épanchement liquide lui firent porter le diagnostic de pleurésie droite.

L'examen radiologique montra qu'il s'agissait d'un épanchement hydro-aérique dont la nature tuberculeuse paraissait vraisemblable en raison de l'allure insidieuse de la maladie étalée sur plus de six mois et malgré l'absence d'antécédents suspects. Or la ponction exploratrice ramena un liquide brun très fétide qui imposait le diagnostic de pyopneumothorax putride et la nécessité d'une pleurotomie.

L'opération fut suivie d'une rapide amélioration et l'enfant put quitter la maison de santé au bout de vingt jours ; malheureusement, il revint peu de temps après pour mourir d'une crise d'asystolie aiguë.

Le pyopneumothorax n'est peut-être pas aussi rare chez l'enfant qu'on le croit habituellement et doit être recherché avec soin cliniquement et surtout radiologiquement.

**Quelques essais sur la fièvre de lait sec et sa physiopathogénie.** — MM. Lereboullet, Debré, Lelong et Chabrun rapportent quelques expériences parfaitement inoffensives qu'ils ont instituées dans le but de préciser la physiopathogénie de la fièvre de lait sec.

Dans une première série d'essais chez un nourrisson qui présentait une fièvre uniquement liée à l'ingestion de lait sec à l'exclusion de toute infection, ils ont étudié l'influence comparée de différentes marques de lait sec. Trois marques utilisées ont toutes trois modifié, quoique à des degrés variables, la température de l'enfant. Il n'y a donc pas de différence essentielle d'un lait à l'autre, mais comme les courbes thermiques ne sont pas superposables, il y a un facteur de variabilité lié au lait utilisé : ce facteur n'a qu'une importance de second plan.

Dans une deuxième série d'essais, les auteurs se sont demandé si l'élément pyrétogène ne se trouvait pas dans l'une des parties constitutives du lait : ils ont constaté que l'ingestion séparée du petit-lait dérivé du lait sec ne donnait qu'une élévation thermique minime, différente de la fièvre de lait sec proprement dite. L'ingestion séparée du coagulum, résidu de la préparation du petit-lait, délayé dans une quantité convenable d'eau, ne s'est pas montrée pyrétogène.

Une troisième expérience (ingestion de lactose à doses progressivement croissantes au cours d'un régime sans lait) a déclenché de la fièvre. La fébrilité du petit-lait peut donc s'expliquer par la présence du lactose qu'il contient ; cependant la fièvre de lactose, expérimentalement indéniable, a des caractères cliniques qui la différencient de la fièvre de lait sec.

Enfin une quatrième expérience (concentration progressive en poudre de lait des biberons donnés à l'enfant, la quantité d'eau ingérée restant toujours la même) a démontré que la fièvre de lait sec est liée avant tout au rapport entre la quantité de poudre de lait ingérée et la quantité d'eau dans laquelle celle-ci est diluée en vue de l'usage. Ce rapport doit être équilibré ; cette notion essentielle ne supprime pas l'intervention d'autres facteurs favorisants liés soit au lait lui-même, soit à l'enfant, mais ces facteurs sont accessoires.

M. Weill-Hallé admet parfaitement que la concentration du lait joue un rôle dans la genèse de la fièvre de lait sec ; il en est d'ailleurs de même pour le lait condensé.

M. Nobécourt a fréquemment noté l'existence de fièvre avec des régimes riches en lactose, mais seulement lorsqu'il y avait des troubles digestifs, et ce sont plutôt ceux-ci qui conditionnent la fièvre dans ces cas.

Avec le saccharose qui ne donne pas de troubles digestifs, il n'y a jamais de fièvre.

M. Dorlencourt ne trouve pas dans les expériences rapportées l'explication de la fièvre qui survient avec les dilutions normales de lait sec ; il y a certainement des cas où la concentration n'intervient pas.

M. Schreiber a remarqué chez certains enfants alimentés pendant les premières semaines de la vie avec du lait sec de l'agitation et des pleurs au moment des poussées fébriles dues à l'emploi de la poudre de lait.

M. Debré affirme n'avoir jamais observé de fièvre de lait sec échappant à la règle de l'hyperconcentration ; il en est de même pour la fièvre de lait condensé. Les auteurs allemands ont d'ailleurs souvent insisté sur ce fait dans la pathogénie des fièvres alimentaires.

La fièvre de lait sec ne doit pas être confondue avec la fièvre d'exsiccation qui s'accompagne de chute de poids ; il s'agit au contraire d'une fièvre de concentration avec augmentation du poids de l'enfant et conservation d'un parfait état général.

M. Lesné considère qu'il est bien difficile de regarder la fièvre de lait sec comme étant d'origine anaphylactique ; le terrain lui paraît jouer un rôle considérable : certains enfants, toujours les mêmes, sont capables de faire de la fièvre de lait sec ; peut-être l'insuffisance hépatique intervient-elle chez ces enfants.

M. Clément a observé de la fièvre chez un enfant qui, au cours d'un régime sans lait prescrit à l'occasion d'une fièvre de lait avec troubles digestifs, avait reçu des doses infinitésimales de lait en poudre ou de lait condensé ; la concentration du lait ne joue donc pas un rôle dans tous les cas.

M. Marfan n'a jamais vu de fièvre de lait condensé, ce qui prouverait que le sucre ne joue pas un rôle important ; il a vu par contre quelques cas de fièvre de lait sec alors que ce lait était donné à des dilutions normales. Le terrain doit donc intervenir.

# SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

En tout cas, il faut laisser à la fièvre de lait sec son autonomie clinique et ne pas la confondre avec ce que les Allemands appellent les fièvres alimentaires.

M. Lelong pense que c'est le métabolisme de l'eau qui diffère d'un sujet à l'autre et joue un rôle dans la genèse de la fièvre du lait sec : le rapport entre la quantité de poudre de lait et la quantité d'eau doit varier avec chaque enfant.

**Méningite cérébro-spinale à bacilles de Pfeiffer.** — M. Taillens (de Lausanne), à propos d'un cas mortel récemment observé chez une fillette de deux ans, reprend l'étude clinique de cette méningite relativement peu connue et toujours très grave, surtout chez le jeune enfant.

M. J. Marie rappelle qu'il a publié il y a quelques années un cas de méningite à bacilles de Pfeiffer chez un enfant de dix-huit mois qui a complètement guéri par l'auto-vaccinothérapie.

M. Nobécourt croit que cette variété de méningite est plus commune qu'on ne l'admettait autrefois et qu'il faut en connaître les particularités cliniques.

M. Paraf insiste sur la nécessité d'identifier la race du bacille de Pfeiffer si l'on veut employer un sérum spécifique efficace.

André Bohn.

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Séance du 12 juin 1931.*

**Résultat d'opérations sur les diverses variétés de goitre.** — M. Pauchet signale que la thérapeutique de la maladie de Basedow est médico-chirurgicale. Le médecin doit préparer le malade par l'iode, les médicaments cardiaques, et contrôler l'organisme à l'aide du métabolisme basal.

Le chirurgien opérera sous anesthésie et proportionnera l'acte opératoire au potentiel vital du sujet. Depuis douze ans, M. Pauchet a opéré 225 malades pour goitre, dont 42 pour maladie de Basedow. Une seule mort est à signaler chez un malade atteint d'asystolie basedowienne qu'une ligature de la thyroïdienne supérieure n'a pu sauver. Autrefois, l'auteur procédait par étapes : ligature des thyroïdiennes supérieures, inférieures, lobectomie. Actuellement, après préparation médicale suffisante, on fait d'emblée l'ablation de la plus grande partie de la glande.

M. Hirchberg. — En ce qui concerne les lésions histologiques observées, il sera intéressant d'en bien préciser le rôle exact dans l'apparition de l'hyperthyroïdie, de même que les rapports qui peuvent exister entre elles et le cancer thyroïdien.

**Intoxication médicamenteuse aiguë accidentelle par le sulfate de zinc. Séquelle gastro-entérologiques.** — MM. Ch. Guilbert et André Tardieu communiquent l'observation d'un homme de cinquante-trois ans, atteint d'aortite avec myocardite qui, ayant absorbé par erreur une solution de sulfate de zinc pur, ressentit aussitôt de très violentes brûlures échelonnées tout le long du tube digestif. Le tableau clinique comporte la salivation abondante, les nausées, les douleurs abdominales, les vomissements et surtout les hématémèses répétées, des manifestations cholériformes avec melæna, et enfin, les sueurs profuses et les troubles cardiaques graves, voisins du collapsus. Au bout de douze heures, apparaît un syndrome urinaire (polliakurie douloureuse, sans hématurie) qui évolue favorablement en quatre jours.

Dans les semaines et mois consécutifs, le tableau clinique est celui de l'ulcus classique. Radiologiquement, le pylore est étiré et dévié à droite ; une image diverticulaire est située au centre de l'anneau duodénal, au contact de l'estomac avec lequel elle communiuqe par un trajet filiforme nettement injecté.

L'évolution se caractérise par l'apparition, à deux reprises, d'accès fébriles à 40°, par infection épisodique du diverticule. Cette lésion diverticulaire a été le opint de départ d'une péripyloro-duodénite chronique, responsable de l'extension lente mais progressive de la périviscérite à toute la région du carrefour sous-hépatique.

**De quelques erreurs de diagnostic évitables en gynécologie.** — Pour M. Jean Dalsace, l'utilisation plus fréquente de l'hystéro-salpyngographie permettrait d'éviter un certain nombre d'erreurs presque fatales avec le procédés trop imparfaits d'examen gynécologique. Ainsi pourra-t-on éviter : 1° d'irradier par erreur un kyste de l'ovaire pris pour un fibrome de l'utérus ; 2° de faire un curettage aveugle et imparfait pour rechercher l'origine de métrorragies ; 3° de ne faire qu'une fixation utérine dans les caz de rétroversion et de stérilité alors que les trompes sont oblitérées ; 4° de n'enlever qu'un appendice, alors que la trompe est malade ; 5° de méconnaître un hydrosalpynx en présence d'une hydrorrhée.

**Aiguilles à trous multiples avec mandrin mousse pour l'injection intrapulmonaire transthoracique.** — M. Georges Rosenthal, grâce à cette aiguille armée d'un trocart et après introduction superficielle d'un mandrin mousse, réalise à volonté et sans danger la vaccination du tissu pulmonaire comme le traitement du foyer lobaire.

**Danger de la respiration buccale au cours des opérations.** — M. Georges Rosenthal, en raison de ses dangers, proscrit l'usage de la pipe Mayo, pratique inutile, puisqu'une légère pression en arrière des angles de la mâchoire inférieure entrave la rétrocidence de la langue et maintient la respiration nasale.

P. Prost.

# REVUE DES CONGRÈS

## XVI[e] CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE

*(Paris, 4, 5 et 6 mai 1931)*
*Présidence de M. le Dr Paul (de Paris).*

### *LES CRIMES PASSIONNELS (l'homicide passionnel)*

Rapporteur : M. **LÉVY-VALENSI** (de Paris).

La justice moderne a substitué, en matière de pénalité, la notion *utilitaire* de défense à la notion métaphysique de *châtiment*. La société ne punit point, ne se venge point, elle se défend, et la peine agit par *élimination, amendement, exemple*.

Une telle conception de la justice fait moins impérieuse la notion de responsabilité invoquée par les magistrats, repoussée par la plupart des médecins-légistes à la suite de Gilbert Ballet.

En matière de crime passionnel pur, l'élimination, l'amendement sont peu importants, la récidive étant exceptionnelle, bien que signalée : reste l'*exemple*. Le rapporteur, à l'encontre de quelques-uns, croit fermement à l'efficacité de la peine pour enrayer le développement d'une criminalité essentiellement contagieuse.

Les facteurs essentiels du crime passionnel sont :

1° L'opinion publique éduquée par la presse, la littérature, le roman; le sensualisme et le romantisme ont, en l'espèce, joué un rôle néfaste. Il en est résulté une notion exagérée des droits de l'amour et une sorte de réprobation de ceux qui y mettent obstacle : pères, époux, etc. Le ridicule dont on accable le mari trompé depuis Brantôme, Boccace, La Fontaine et Molière rend ces auteurs responsables d'un certain nombre de drames passionnels,

2° La facilité pour le passionnel de se procurer l'arme du meurtre.

3° L'indulgence scandaleuse du jury, institution contre laquelle s'élève le rapporteur, et en particulier ce droit qu'a le tribunal populaire de déclarer non coupable le meurtrier qui avoue ou sur la culpabilité duquel aucun doute ne peut planer.

L'auteur est partisan de la peine lourde ; il a pris pour épigraphe de son rapport ces deux articles du nouveau Code pénal italien : Art. 574. « Quiconque a causé la mort d'un homme est puni d'une peine qui ne saurait être inférieure à vingt et une années de réclusion. » Art. 93. « Les états émotifs et passionnels n'excluent, ni ne diminuent l'imputabilité. »

La seule faveur que l'auteur veut bien concéder aux criminels passionnels est un régime spécial leur épargnant la promiscuité avec les criminels de droit commun.

L'auteur n'accepte pas de limiter le crime passionnel, selon la conception populaire, aux drames de l'amour. Pour lui, est passionnel tout crime où l'élément cupide fait défaut ou n'est pas exclusif. Parmi les crimes passionnels, il retient seulement les plus importants, l'homicide politique, l'homicide d'amour, l'homicide de haine.

Au point de vue médico-légal psychiatrique, le rapporteur distingue dans l'article 64 du Code pénal : la *contrainte*, la *démence*.

La contrainte, au sens juridique du terme, s'applique à une force extérieure, morale ou physique, mais à la rigueur elle pourrait indiquer la *force irrésistible* invoquée par tous les passionnels. Le rapporteur, contrairement à la plupart des auteurs, ne croit pas à l'irrésistibilité de l'acte meurtrier passionnel et il conclut avec Galien : « On ne peut pas sur-le-champ devenir un homme doux, mais on peut comprimer l'incongruité de la passion. » On ne peut s'empêcher d'aimer ou de haïr; on peut s'empêcher de tuer parce que l'on aime, de tuer parce que l'on hait.

D'ailleurs, ou cette prétendue force irrésistible est pathologique, et elle est de la démence, ou elle est d'ordre psychologique et le médecin-expert, s'il peut à la rigueur la signaler aux jurés, ne saurait en faire état dans ses conclusions.

Le *crime passionnel* est le plus souvent prémédité ; la période de préméditation *courte* est occupée par des hésitations légitimes ; le meurtrier s'acharne sur sa victime ; après le crime, il est parfois obnubilé, souvent soulagé surtout quand il s'agit d'altruisme ou de haine. Les regrets se voient assez souvent dans les crimes d'amour, le suicide ou la tentative, dans 30 p. 100 des cas.

Le *criminel passionnel* est théoriquement, avant le crime, un homme normal. En réalité, le plus souvent, il s'agit de déséquilibrés et avant tout d'*hyperémotifs*.

L'auteur apporte de nombreuses observations de crimes politiques, d'amour, de jalousie et de haine. Quelques-unes concernent des procès célèbres. A propos de chaque variété, il en dégage la caractéristique, faisant appel à la littérature et à l'histoire. Il fait aussi allusion aux crimes *émotionnels* (colère, peur).

L'auteur arrive ainsi à ce qui fait l'objet de son rapport, le diagnostic entre le *crime passionnel pur* et le *crime du délirant passionnel*, diagnostic qui présente parfois des difficultés insurmontables.

Le rapporteur rappelle les discussions de la Société médico-psychologique (1926-1927) et de la Société de médecine mentale de Belgique (1930). Il résulte de ces dicussions l'attribution au *délirant passionnel* des caractères distinctifs suivants : constitution paranoïaque, idée délirante inconstante, monstruosité du grief allégué, disproportion entre le mobile invoqué et la réaction, monoidéisme, état obsédant.

L'auteur insiste, après le professeur Claude, sur cet état obsédant, intégré dans la personnalité du sujet, non parasitaire par conséquent, commun d'ailleurs au passionnel et au délirant passionnel, mais il croit que c'est surtout chez ce dernier, et non toujours d'ailleurs, que sur un *état obsédant* se greffe l'*impulsion obsession* du meurtre.

C'est cette tendance impulsive qui explique la *longue* période de *préméditation* avec *lutte anxieuse* et le *soulagement* après le crime. Il est vrai que le professeur Claude signale ce soulagement après le crime passionnel pur.

L'auteur appuie son opinion sur cinq faits empruntés à l'histoire et oppose les *délirants* Ravaillac, Damiens, Louvel aux *passionnels* Charlotte Corday, Raoul Villain.

Le diagnostic est particulièrement difficile dans les formes que l'auteur appelle *mitoyennes*, état passionnel pur chez un paranoïaque par exemple. Un paranoïaque ne doit pas nécessairement être considéré comme irresponsable. La constitution paranoïaque commence à un caractère pour aboutir à un délire ; le médecin-expert aura à apprécier à quel degré se trouve l'inculpé.

Le délirant passionnel a sa place marquée à l'asile

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Devra-t-il y demeurer jusqu'à la fin de ses jours selon le vœu de Christian? Ce sont là cas d'espèce, mais le médecin-aliéniste devra là faire preuve d'une prudence exagérée.

Les passionnels purs vont en prison. Peut-être là ces derniers pourraient-ils trouver place dans les asiles-prisons. Le rapporteur, à ce propos, rappelle en quelques lignes le système pénitentiaire belge.

La prophylaxie du crime passionnel doit, avant tout, être *pénale*, puis *sociale*: rééducation de l'opinion, limitation de la vente des armes à feu; *médicale* enfin : internement préventif des passionnels estimés dangereux.

### *Discussion.*

M. HEUYER (de Paris) n'admet pas le crime passionnel politique. Seuls les crimes d'amour, de jalousie sont de vrais crimes passionuels. Le médecin n'a pas à se prononcer sur l'acte criminel même; seul le criminel est de sa compétence. Le passionuel pur ne récidive pas. La prophylaxie du crime par la collaboration du commissaire de police et du médecin serait souvent très efficace.

M. DIDE (de Toulouse) estime que le crime passionnel est parfois une expression outrée de l'égoïsme basé sur la vanité et l'exagération de la personnalité. Il traduit alors l'inadaptation de l'individu aux nécessités de la vie collective.

M. CLAUDE (de Paris) précise le rôle exact du médecin légiste au cours d'une instruction judiciaire.

M. DE CLÉRAMBAULT pense que ce n'est pas l'amour qui tue : les crimes d'amour sont des crimes d'orgueil. Le passionnel récidive. Le nier, c'est tirer argument de l'insuffisance de nos moyens d'information ultérieure. Ainsi les érotomanes récidivent toujours ; les mêmes ressorts donnent les mêmes détentes. L'auteur condamne l'institution du jury.

M. CEILLIER (de Paris) cherche à réhabiliter la passion qui, même dans la haine, a sa beauté ! La passion comme l'émotion est physiologique ; elle est une fonction vitale. Elle ne se corrompt que par l'intrication vicieuse d'une idée fausse, donc d'un élément étranger à sa nature même. L'amour ne tue pas ; ce sont les amoureux forts et sains qui tuent le moins. La passion ne devient dangereuse que pour un être faible ou un orgueilleux, à moins que le sujet ne soit atteint d'une tare mentale.

M. POROT (d'Alger) étudie, au point de vue médico-légal, les réactions criminelles entraînées par la xénophobie, dans les colonies, et en apporte deux observations personnelles.

### Communications.

**Traumatismes et ostéosarcomes.** — M. BALTHAZARD présente deux observations de soi-disant sarcomes consécutifs à des traumatismes. Dans les deux cas l'inexistence du sarcome a pu être prouvée par la radiographie et l'examen histologique.

M. LECLERCQ rapporte à ce sujet un cas de métastase de tumeur thyroïdienne localisée sur une fracture du fémur.

M. MAUCLAIRE (de Paris) insiste sur les tumeurs primitives développées sur un cal osseux, mais demande une extrême prudence dans l'interprétation des tumeurs malignes traumatiques précoces.

M. BALTHAZARD rapporte alors plusieurs autres cas de « sarcomes traumatiques » qui se sont avérés être des gommes syphilitiques. Le tréponème peut être appelé sur une région traumatisée. Les « gommes traumatiques » ont une réalité indiscutable en ce sens.

**Que faut-il entendre au point de vue médico-légal par état de toxicomanie? Dans quelles conditions le médecin peut-il être inculpé d'avoir créé entretenu ou aggravé un état de toxicomanie ?** — M. VERVAECK (de Bruxelles) précise les éléments d'appréciation de ces deux questions, puis propose aux membres du Congrès d'émettre un vœu relatif à la limitation de la fabrication des stupéfiants. Ce vœu est adopté à l'unanimité et sera transmis à la sous-commission de la Société des Nations chargée d'étudier ces problèmes.

**Mort subite par inhibition au cours d'une tentative d'avortement.** — M. DUFOUR (de Marseille) a pratiqué l'autopsie d'une jeune femme, enceinte de trois mois, morte quelques instants après une tentative d'introduction d'une canule dans le col utérin. En l'absence de toute lésion, le seul mécanisme plausible de la mort est l'inhibition.

M. DUVOIR fait remarquer qu'il s'agirait dans ce cas d'inhibition retardée, et il estime délicate l'interprétation de ces faits.

M. MAZEL rappelle qu'il a déjà publié un cas de mort rapide à la suite d'une brûlure assez étendue mais peu profonde par du phénol. L'examen toxicologique ayant permis d'éliminer une intoxication aiguë, les lésions de brûlure ne suffisant pas à expliquer le décès, il avait admis l'hypothèse d'un réflexe d'inhibition.

M. PAUL rapporte un cas de syncope prolongée et profonde à la suite d'une simple injection vaginale purement hygiénique, sans grossesse.

**Hémorragie sous-dermique par tiraillement dans les orifices d'entrée des projectiles.** — MM. PIÉDELIÈVRE, BALAN et PIERRE-ÉTIENNE MARTIN décrivent au niveau des orifices d'entrée des projectiles, d'après deux observations de mort suicide par coups de feu, une hémorragie en nappe située dans l'hypoderme, s'étendant sur un rayon d'un centimètre environ, constituant une collerette ecchymotique que l'on peut voir par transparence à travers l'épiderme, lorsqu'il n'est pas altéré par le tatouage de la poudre.

Ils décrivent deux lésions hémorragiques moins importantes mais constantes, une petite hémorragie sous-épidermique en nappe et quelques foyers hémorragiques intradermiques à la base des bulbes pileux et des glandes sébacées.

A la coupe de l'orifice d'entrée, l'ensemble de ces hémorragies constitue, avec le cône hémorragique d'attrition fait par le trajet de la balle, un aspect en T.

Ils expliquent la localisation de ces hémorragies par des considérations histologiques et expérimentales.

**Blessure d'un fœtus dans la cavité utérine par coup de feu.** — MM. PIÉDELIÈVRE, BALAN et PIERRE-ÉTIENNE MARTIN rapportent l'observation d'une femme enceinte de huit mois qui s'est suicidée en se tirant deux coups de revolver dans la tempe droite, après s'en être

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

tiré un dans l'abdomen, avec l'intention probable de tuer son enfant. La balle a traversé en séton la paroi thoraco-abdominale du fœtus.

L'examen histologique de l'orifice d'entrée du projectile dans le ventre du fœtus leur a permis de constater : 1° la présence de crasses abondantes au niveau de l'orifice d'entrée, malgré la grosse épaisseur de tissus traversés auparavant par la balle; 2° la présence de l'hémorragie hypodermique en T décrite dans la précédente communication.

**La réaction suicide chez les débiles et les déséquilibrés dans l'armée.** — MM. Fribourg-Blanc et Scouras attirent l'attention sur la fréquence des tentatives de suicide que l'on peut observer dans l'armée chez les tarés psychiques. C'est surtout chez les débiles mentaux et les déséquilibrés que le milieu militaire paraît favoriser ce type de réaction médico-légale.

La tentative de suicide chez les débiles est liée à l'insuffisance mentale de ces sujets, incapables de s'adapter à des conditions de vie très différentes de celles du milieu familial. Le dépaysement, les chocs affectifs, les accès de dépression, les moqueries de l'entourage, les sanctions, même légères, déclenchent chez eux cette réaction à la fois puérile, exagérée et irréfléchie qui, par sa maladresse, n'aboutit que rarement à un résultat fatal.

Chez les déséquilibrés, sujets éminemment instables, vaniteux, irritables et impulsifs, la tentative de suicide apparaît à la suite d'une déception ou d'une punition motivée par un acte d'indiscipline. La mise en scène qui accompagne souvent, dans ce cas, la réaction suicide, témoigne de l'insincérité du désir de mourir. Mais il faut à cet égard faire quelques réserves, en raison du déséquilibre émotif et des accès de dépression transitoires qui peuvent légitimer le suicide.

Ces sujets, surtout en cas de récidive de leurs tentatives, doivent être éliminés de l'armée, du moins en temps de paix. Leur utilisation en temps de guerre soulève un problème d'affectation spéciale.

**Dégénérescence partielle du biceps, du long supinateur et du grand dentelé. Origine professionnelle par trépidation du bras. Procédure d'indemnisation**, par MM. Bourguignon, Garcin et Henri Desoille.

Travaillant à une meule pendant plusieurs heures et ayant eu le bras soumis à une trépidation exagérée, un ouvrier a vu survenir le lendemain une parésie avec atrophie musculaire et troubles des réactions électriques. Les auteurs discutent longuement l'origine et le mécanisme des troubles qu'ils attribuent au travail, ainsi que le siège nerveux ou musculaire des lésions. Pour eux, quoiqu'il n'y ait pas eu d'accident brutal proprement dit, ce cas doit rentrer dans le cadre de la loi de 1898.

M. Mazel estime lui aussi que la loi sur les accidents du travail est applicable.

M. Costedoat rappelle qu'il existe une pathologie spéciale due aux marteaux-pneumatiques.

M. Desoille. — Les troubles dus à l'emploi du marteau pneumatique ne sont en effet pas rares, ils consistent essentiellement en phénomènes de « doigt mort ».

**Études médico-légales sur les accidents mortels d'automobile.** — M. Torben G. Knudtzon (de Copenhague) apporte une intéressante statistique, portant sur les vingt dernières années. Elle montre l'accroissement rapide du nombre des véhicules automobiles, au Danemark, par rapport au chiffre total de la population ; puis elle indique pour chaque année le nombre d'autopsies légales pratiquées soit après accident d'auto, soit après accident quelconque de la circulation.

**Influence du *p*H dans la détermination de l'origine humaine du sang par la réaction des sérums précipitants**, par Mme S. Pichon et C. Sannié. — Lorsqu'on recherche l'optimum de la réaction entre un sérum de lapin anti-humain et du sérum humain ou une macération de tache de sang humain, on se rend compte que cet optimum est placé dans une zone de *p*H parfaitement déterminée et très étroite.

L'optimum de précipitation, mesuré par le temps d'apparition du précipité, est entre *p*H = 7,2 et *p*H = 7,8. De part et d'autre de ces valeurs, les précipités se forment beaucoup plus lentement et sont beaucoup moins nets, surtout du côté alcalin. On peut utiliser avantageusement, pour les macérations de taches suspectes, une solution de bicarbonate de soude et de chlorure de sodium, de *p*H 7,8 environ, ou une solution phosphatée de *p*H 7, 2 ou 7, 4. Cependant, ces tampons ne sont pas suffisants dans le cas de substances qui donnent des macérations fortement acides, comme le cuir. Il est nécessaire, dans ce cas, d'amener la macération de la tache au *p*H optimum pour obtenir des résultats utilisables.

Szumlanski.

Le XVIIe Congrès de médecine légale de langue française se tiendra à Paris au mois de mai 1932, sous la présidence de M. le Dr Raviart (de Lille).

Rapports. — *Les lésions du foie dans la submersion.* — Rapporteur : M. Étienne Martin.

*La psychanalyse dans la pratique médico-légale.* — Rapporteur : M. Genil-Perrin.

*Maladie de Parkinson de cause traumatique.* — Rapporteur : M. Naville.

# NOUVELLES

**Institution d'un ordre des chirurgiens-dentistes.** — La proposition de loi suivante vient d'être renvoyée à la Commission d'hygiène de la Chambre des députés :

Article premier. — Les chirurgiens-dentistes inscrits dans chaque département sur la liste prévue par l'article 10 de la loi du 30 novembre 1892 forment un ordre des chirurgiens-dentistes qui est soumis aux règles ci-après.

Art. 2. — L'enregistrement prévu par l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892, modifié par la loi du 14 avril 1910, devra avoir lieu avant tout exercice de la profession ; la date de l'enregistrement déterminera le rang d'ancienneté.

Art. 3. — L'ordre des chirurgiens-dentistes jouit de la capacité civile prévue par la loi du 12 mars 1920. Chaque ordre est administré par un conseil composé de 6 membres

## NOUVELLES *(Suite)*

jusqu'au nombre de 30 chirurgiens-dentistes inscrits, de 9 si le nombre des inscrits est de 31 à 100, de 15 s'il est supérieur à 100, de 24 pour Paris.

ART. 4. — Sont électeurs les chirurgiens-dentistes exerçant depuis cinq ans dans le département.

Pour les trois premières années d'application de la loi, ce délai est porté à dix ans.

Sont éligibles les chirurgiens-dentistes exerçant dans le même département depuis dix ans. Pour les trois premières années d'application de la loi, ce délai est porté à quinze ans, sauf pour les praticiens ayant fait partie pendant trois ans au moins d'un Conseil syndical ou d'un Conseil d'une association professionnelle.

Le Conseil est élu pour trois ans au scrutin de liste, à la majorité absolue du suffrage des membres présents. Le Conseil élit annuellement son président.

Le Conseil est renouvelé par tiers tous les ans ; les membres sortants ne sont rééligibles qu'après intervalle d'un an.

ART. 5. — Le Conseil de l'ordre, siégeant en Conseil de discipline, instruit d'office, ou sur des plaintes qui lui sont parvenues, les infractions ou seulement les fautes de déontologie professionnelle commises par les chirurgiens-dentistes ou les remplaçants autorisés. Il procède à toute enquête jugée nécessaire et convoque le confrère enquêté qui pourra se faire assister d'un confrère choisi par lui.

Le Conseil départemental a pouvoir de décision pour infliger les peines disciplinaires suivantes :

L'avertissement ;

La réprimande, qui peut être accompagnée ou non de l'interdiction de faire partie du Conseil départemental pendant un délai qui ne peut excéder dix ans ;

La réprimande avec déférence à la juridiction du Conseil régional.

Le Conseil départemental connaît de tous les différends d'ordre professionnel. Il a un droit de surveillance sur toutes les fautes tendant à déconsidérer la profession ou à compromettre la santé publique, notamment les réclames fallacieuses et les publicités mensongères. En aucun cas le Conseil ne pourrait être appelé à délibérer sur les délits d'opinions professionnelles ou autres.

Il se réunit à la diligence du président ou à la demande du tiers du Conseil et au moins deux fois l'an, et il transmet ses décisions et ses avis motivés au Conseil régional.

ART. 6. — L'appel des décisions du Conseil départe mental est recevable lorsque la décision prononçant la réprimande prive le chirurgien-dentiste réprimandé du droit de faire partie du Conseil départemental. L'appel est porté devant le Conseil régional du ressort.

ART. 7. — Il est institué un Conseil régional pour chaque circonscription de Faculté ou d'Ecole de médecine. Le Conseil comprend : le doyen de la Faculté ou le directeur de l'Ecole de médecine, membre de droit, et neuf membres élus pour trois ans et renouvelables chaque année par tiers par les membres des Conseils de l'ordre de la circonscription. En aucun cas, les membres du Conseil régional ne pourront faire partie du Conseil départemental.

Les membres sortants ne sont rééligibles qu'après un intervalle d'un an.

Le Conseil régional peut prononcer les peines disciplinaires suivantes :

L'interdiction temporaire d'exercer, laquelle ne peut excéder une année ;

La radiation du tableau.

En cas de récidive ou après les condamnations prévues par l'article 25 de la loi du 30 novembre 1892, il peut faire prononcer par les cours et tribunaux, et à sa requête, l'interdiction temporaire pour plus d'un an et l'interdiction définitive.

L'exercice de l'art dentaire pendant les périodes d'interdiction ou après l'interdiction permanente passée en force de chose jugée est puni des peines de l'exercice illégal.

ART. 8. — Les étudiants en chirurgie dentaire ne peuvent être exclus des établissements d'enseignement supérieur, conformément à la loi du 27 février 1880 et à l'article 25 de la loi du 30 novembre 1892, qu'après avis du Conseil de l'ordre, complété par un délégué des étudiants en chirurgie dentaire élu annuellement par ses camarades.

ART. 9. — Le Conseil régional se réunit au moins une fois l'an et, dans les autres cas, à la diligence du président ou sur la demande du tiers des membres du Conseil.

ART. 10. — Chaque ordre administre son patrimoine, fixe les indemnités de présence de ses membres, assure le fonctionnement des règles de la déontologie et celui des recours, détermine chaque année la quote-part à verser par les praticiens inscrits pour assurer le fonctionnement du Conseil.

Toute réclamation concernant l'administration de l'ordre peut être soumise au Conseil régional sur la signature de cinq membres de l'ordre.

**Pour les étudiants roumains et mauriciens.** — Les arrêtés ministériels suivants viennent de paraître au *Journal officiel* (numéro du 23 juillet) :

PREMIER ARRÊTÉ. — ARTICLE PREMIER. — L'arrêté du 16 novembre 1915 relatif aux demandes d'équivalence du baccalauréat de l'enseignement secondaire faites en vue des études universitaires par des étrangers ayant accompli leurs études secondaires à l'étranger est modifié comme suit :

*Article premier.* — Les étudiants de nationalité étrangère sont admis à s'inscrire dans les universités françaises après avoir obtenu l'équivalence du baccalauréat de l'enseignement secondaire français, sur la production d'un diplôme, titre ou certificat reconnu dans le pays étranger où il a été délivré comme donnant accès aux études d'enseignement supérieur. La liste de ces diplômes, titres et certificats est dressée par arrêté du ministre de l'Instruction publique.

Toutefois, ces étudiants ne peuvent pas postuler les diplômes d'Etat de docteur en médecine, de pharmacien et de chirurgien-dentiste s'ils ne justifient pas des titres initiaux français requis par les réglements afférents à ces diplômes d'Etat.

*Art. 2 et suivants.* — Sans changement.

ART. 2. — Les décisions individuelles d'équivalence prises antérieurement au présent arrêté à l'égard d'étudiants d'origine roumaine et mauricienne, en cours de scolarité, sont maintenues, en vue des diplômes d'Etat de docteur en médecine, de pharmacien et de chirurgien-

## NOUVELLES *(Suite)*

dentiste. Elles valent exclusivement pour celui de ces trois diplômes d'Etat en vue duquel l'inscription a été prise.

Art. 3. — Sont abrogées toutes dispositions antérieures contraires à celles du présent arrêté.

Art. 4. — Les recteurs d'académie sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Deuxième arrêté. — Chaque année des étudiants roumains ou mauriciens inscrits en vue du titre de docteur d'université, mention « médecine », et ayant subi avec succès les épreuves du dernier examen de fin d'année d'études médicales et les examens cliniques, peuvent être autorisés par décision ministérielle, prise après avis d'une commission spéciale, à soutenir leur thèse en vue du diplôme d'Etat de docteur en médecine.

Le nombre des bénéficiaires de cette disposition ne pourra pas dépasser dix pour l'ensemble des Facultés.

**Union des établissements thermaux des stations climatiques de France.** — Proposition relative à la gratuité à accorder dans les stations thermales, aux élèves diplômés des instituts d'hydrologie et de climatologie :

Notre collègue le Dr Molinéry a reçu une délégation, à Luchon, des élèves de l'Institut d'hydrologie et de climatologie de la Faculté de médecine de Toulouse. Ceux-ci, se basant sur ce fait qu'ils ont dû s'inscrire pour des cours supplémentaires se référant à l'hydrologie et à la climatologie en vue de l'obtention d'un diplôme spécial, demandent d'être traités comme les médecins, c'est-à-dire la gratuité auprès de tous les établissements thermaux de France.

M. Molinéry a transmis ces propositions à l'Union des Etablissements thermaux, afin que celles-ci soient portées à l'ordre du jour de la prochaine assemblée générale.

Nous espérons que l'Union des Etablissements thermaux de France se fera un plaisir de donner un avis favorable à la proposition des étudiants de Toulouse, et que, l'an prochain, nos jeunes camarades diplômés bénéficieront de la gratuité.

**Un congrès scientifique à Plombières (Vosges).** — Le Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences s'est tenu à Marigny du 20 au 25 juillet et a comporté une journée touristique dans les Vosges ; les congressistes ont déjeuné à Plombières-les-Bains et ont été fort intéressés par la visite des établissements thermaux où se traitent les entérites et les rhumatismes, par les souvenirs gallo-romains, par les monuments du XVIIIe siècle et par le cadre pittoresque de la station.

M. le duc de Broglie, président, était entouré par M. le général Férié, par M. le doyen Spillmann de Nancy, par M. le professeur de Salys Longchamp, délégué belge ; par M. Sheppard, délégué britannique ; par de nombreuses notabilités de l'enseignement supérieur médical et scientifique, par le maire et les administrateurs de la Compagnie des Thermes de Plombières.

**Cours de chirurgie oculaire.** — M. le professeur F. Terrien, assisté de M. le professeur Regault et de MM. Velter, professeur agrégé, Casteran, Veil, Renard, Jean Blum, Dollfus et Mlle Braun, chefs de clinique, commencera le vendredi 23 octobre, à dix heures, un cours de chirurgie oculaire.

Le cours complet, en douze leçons, aura lieu, matin et soir, pour les leçons théoriques, à l'amphithéâtre Dupuytren (Hôtel-Dieu) ; pour les exercices pratiques, au laboratoire de la Clinique ophtalmologique ou à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine.

Les leçons seront illustrées par une série de projections en couleur ; des séances opératoires spéciales permettront aux élèves de se familiariser avec l'application des techniques nouvelles (techniques chirurgicales et diathermie). Une visite à l'Institut du radium, précédée d'une leçon de M. le professeur Regault, aura lieu pendant la durée du cours.

Les droits à percevoir sont fixés à 300 francs. Les bulletins de versement sont délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet no 4), les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 heures, ou à la salle Béclard (Faculté de médecine (A. D. R. M.).

**Clinique de la tuberculose.** — A l'hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres, et au Dispensaire Léon-Bourgeois, 64, rue Vaneau, sous la direction de M. le professeur Léon Bernard, un cours de perfectionnement sur les actualités phtisiologiques aura lieu du 21 septembre au 3 octobre.

Ce cours, d'une durée de quinze jours, comprendra des leçons, des exercices cliniques à l'hôpital et au dispensaire, des démonstrations radiologiques, des séances pratiques d'application des méthodes de collapsothérapie.

*Programme des leçons.* — 1. M. Léon Bernard : Evolution générale de l'infection tuberculeuse. — 2. M. Valtis : L'ultra-virus tuberculeux. — 3. M. Paraf : Les formes initiales curables de la primo-infection tuberculeuse (tuberculose bénigne du nourrisson). — 4. M. Léon Bernard : Les localisations initiales des surinfections tuberculeuses (début de la tuberculose de l'adulte). — 5. M. Lamy : Le problème des granulies. — 6. M. Paraf : Les pneumonies tuberculeuses. — 7. M. Marie : Le lipiodo-diagnostic. — 8. M. Pellissier : Perforations pulmonaires et épanchements pleuraux au cours du pneumothorax artificiel. — 9. M. Triboulet : Le pneumothorax artificiel bilatéral. — 10. M. Triboulet : Les sections de brides au cours du pneumothorax artificiel. — 11. M. Poix : La phrénicectomie. — 12. M. Maurer : La thoracoplastie. — 13. M. Ch. Mayer : La chrysothérapie de la tuberculose pulmonaire. — 14. M. Léon Bernard : La prémunition par le BCG.

Les travaux pratiques auront lieu, à la Clinique, de 10 heures à midi. Les leçons auront lieu, à la salle des conférences de la Clinique, chaque jour à 17 heures. Le cours commencera le 21 septembre, à la Clinique, à 10 heures.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet no 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Droits d'inscription : 200 francs.

**Radiologie et électrologie médicales.** — Un enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales est fait à la Faculté de médecine et à l'Institut du Radium sous la direction des professeurs Regaud et Strohl et de MM. Zimmern, agrégé à la Faculté de médecine ; Ledoux-Lebard, chargé de cours de radiologie clinique à la Faculté de médecine, et J. Belot, électro-radiologiste des hôpitaux.

Son but est de donner aux étudiants et médecins français et étrangers des connaissances théoriques, pra-

## NOUVELLES *(Suite)*

tiques et cliniques, de radiologie et d'électrologie. Il comprend : 1° Un enseignement constitué par un cours, des démonstrations et exercices pratiques et des stages dans certains services des hôpitaux de Paris en vue du certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales. 2° Un stage de perfectionnement ultérieur, donnant droit, après examen, au diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris.

I. CERTIFICAT D'ÉTUDES PRÉPARATOIRES DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE MÉDICALES. — Cet enseignement, d'une durée totale d'environ six mois, est réservé aux docteurs en médecine et aux étudiants en médecine ayant terminé leur scolarité. Il est divisé en trois parties :

*Première partie.* — Physique des rayons X. Technologie. Radioactivité. Radiodiagnostic.

Décharges dans les gaz. Ionisation. Propriétés fondamentales des rayons X. Rayonnement secondaire. Tubes à rayons X. Mesures. Appareillages. Radioactivité et corps radioactifs. Radiodiagnostic.

*Deuxième partie.* — Radiophysiologie. Rœntgenthérapie. Curiethérapie.

Effets biologiques des rayons X et des corps radioactifs. Technologie des rayons X et des corps radioactifs appliquée à la thérapeutique. Radiothérapie des affections cancéreuses. Radiothérapie des affections non cancéreuses. Accidents de la radiothérapie en général.

*Troisième partie.* — Electrologie. Photothérapie.

Notions physiques sur les courants employés en électrologie. Electrophysiologie. Electrodiagnostic clinique. Electrothérapie. Accidents de l'électricité. Photobiologie. Photothérapie. Ultra-violet, etc.

Pour chacune des trois parties de l'enseignement, une affiche ultérieure fera connaître le programme détaillé, l'horaire et le nombre des leçons, ainsi que l'organisation des stages et des travaux pratiques.

Les élèves qui auront suivi assidûment une ou plusieurs parties du cours, participé régulièrement aux travaux pratiques et accompli un stage hospitalier pourront subir, en partie ou en totalité, un examen à matières multiples. Le certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales sera délivré aux candidats reçus aux trois parties de cet examen.

Le cours commencera le 3 novembre 1931, à 18 heures, à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine. Il aura lieu tous les jours, à la même heure. Les leçons orales sont publiques. Les exercices pratiques et stages sont réservés à ceux qui se seront fait inscrire en vue de l'obtention du certificat.

Les élèves assistant au cours devront acquitter les droits suivants : un droit d'immatriculation, 60 francs ; un droit de bibliothèque, 40 francs ; un droit de laboratoire pour chacune des parties du cours, 250 francs ; un droit d'examen, 250 francs.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), de 14 à 16 heures, les lundis, mercredis et vendredis. Le nombre des places est limité.

II. DIPLOME DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE MÉDICALES DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS (durée : deux ans). — Cet enseignement est réservé aux docteurs en médecine ayant passé le certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales. Il comprend quatre stages, d'un semestre chacun, passés dans certains services désignés spécialement. A la suite de cette période de stage, les candidats pourront subir un examen comportant la présentation d'un mémoire (dactylographié en cinq exemplaires) sur un sujet de radiologie ou d'électrologie médicales, et diverses épreuves de radiologie et d'électrologie médicales.

Les candidats ayant satisfait à ces épreuves recevront le diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris.

**Hôpital Necker-Enfants-Malades.** — MM. J.-M. Le Mée, André Bloch, M. Bouchet, laryngologistes des hôpitaux de Paris, avec M. Weill-Hallé, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, et M. G. Canuyt, professeur d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de Strasbourg, feront les 25, 26, 27 et 28 octobre, à l'hôpital Necker-Enfants-Malades (pavillon George et Florence Blumenthal), une série de conférences et démonstrations opératoires sur la chirurgie de l'amygdale.

*Détail des conférences.* — Historique de la chirurgie de l'amygdale suivant la conception de son rôle pathologique. — Contre-indications et indications cliniques, bactériologiques et expérimentales vues par le laryngologiste. Le test amygdalien. — Contre-indications et indications vues par le médecin. — Préparation de l'intervention. L'opéré. Le matériel opératoire. L'anesthésie. — Méthodes de Ruault, de Taptas, de Sluder et de Braun, de La Force et de Popper, de J. Beck, de Vacher, de Jacques. La méthode diathermique. La méthode par dissection : technique française, techniques de Coakley, de Fowler. — Valeur comparée des différentes méthodes. — Les soins post-opératoires et les résultats éloignés. — Les complications. Traitement des hémorragies. — L'amygdalectomie à chaud dans les suppurations de la région amygdalienne ; gtechnique.

Les conférences auront lieu l'après-midi de 2 h. 30 à 4 h. 30. Les démonstrations opératoires et instrumentales le matin de 10 heures à midi. Les explications seront fournies indifféremment en français, en anglais, en allemand et en italien.

Droit d'inscription : 300 francs. Ecrire à M. Magdelaine, assistant du service, hôpital Necker-Enfants-Malades, 139, rue de Sèvres, Paris.

**Clinique obstétricale Baudelocque.** — Sous la direction du professeur Couvelaire et avec l'assistance de

# NOUVELLES *(Suite)*

MM. Levant, Vignes, Cleisz, Portes, Desnoyers, Ravina, Lacomme, accoucheurs des hôpitaux ; Powilewicz, Séguy et Sureau, anciens chefs de clinique ; M. Digonnet et M^me^ Anchel-Bach, chefs de clinique ; de M. Laennec, aide de clinique à la Maternité ; Merger et Mayer, internes des hôpitaux, aura lieu, du 1^er^ au 30 octobre, une période de stage et un cours de perfectionnement.

A. *Stage clinique et conférences.* — Le stage pratique comporte : des exercices cliniques individuels (examens des femmes gravides, parturientes ou accouchées, avec discussion du diagnostic et du traitement) ; l'assistance aux accouchements et opérations, aux consultations de la policlinique et du dispensaire antisyphilitique.

Les conférences porteront sur les sujets suivants : Diagnostic de la gestation au cours des premiers mois. Anomalies de forme et de situation de l'utérus gravide, M. Digonnet ; Conduite à tenir pendant l'accouchement et la délivrance, M. Digonnet ; Hémorragies pendant la gestation et l'accouchement (endométrite hémorragique, placenta inséré sur le segment inférieur), M. Sureau ; Complications de la délivrance, M. Ravina ; Diagnostic des viciations pelviennes (rachitiques, bossues, boiteuses). M. Desnoyers ; Traitement des viciations pelviennes, M. Desnoyers ; Albuminurie. Hypertension. Azotémie. Rétention chlorurée au cours de la gestation, M. Cleisz ; Eclampsie à forme convulsive. Eclampsie à forme hémorragique (apoplexie utérine et utéro-placentaire), M. Séguy ; Vomissements graves, M. Séguy ; Anomalies de la contraction utérienne, M. Vignes; Anomalies de la dilatation du col, M. Digonnet ; Formes cliniques des infections puerpérales, M. Levant ; Traitement des infections puerpérales, M. Levant ; Avortement. Arrêts de développement de l'œuf. Môle vésiculaire, M^me^ Anchel-Bach ; Gestations gémellaires, M. Lacomme ; Examen du placenta, M. Ravina ; Tuberculose et gestation, M. Lacomme ; Prophylaxie et traitement de la syphilis congénitale, M. Powilewicz ; Cardiopathies et gestation, M. Laennec ; Infections colibacillaires et gestation, M. Sureau ; Infections gonococciques au cours de la gestation et de la puerpéralité, M. Ravina ; Hygiène et alimentation du nouveau-né normal et prématuré, M. Powilewicz ; Chirurgie du nouveau-né, M. Aurousseau ; Infections du nouveau-né, M. Lacomme.

B. *Cours d'opérations obstétricales* sous la direction de M. Portes, agrégé, accoucheur des hôpitaux, du 5 au 25 octobre. — Ce cours aura lieu tous les après-midi, à 14 h. 30. Il comprendra des exposés oraux sur les indications et la technique des opérations, des exercices pratiques individuels et des séances de projection de films cinématographiques.

Forceps dans les variétés directes et obliques antérieures, M. Merger ; Forceps dans les variétés transversales et obliques postérieures, M. Merger ; Forceps dans les présentations de la face et du front, M. Mayer ; Extractions de siège, M. Laennec ; Version par manœuvres internes, M. Mayer ; Basiotripsie, M. Sureau ; Embryotomie rachidienne, M. Sureau ; Dilatation artificielle du col. Dilatateur. Dilatation manuelle. Ballons, M^me^ Anchel-Bach ; Hystérotomies par voie vaginale. Incision du col. Césarienne vaginale, M. Digonnet ; Hystérotomies par voie abdominale. Césarienne corporéale. Césarienne basse (projection de film), M. Portes ; Césarienne avec extériorisation temporaire de l'utérus. Hystérectomies intra et post-partum (projection de films), M. Portes ; Pelvitomies, M. Digonnet ; Chirurgie de la période de délivrance (délivrance artificielle). Traitement des inversions. Transfusion, M^me^ Anchel-Bach ; Chirurgie réparatrice, M. Mayer ; Chirurgie des tumeurs compliquant la gestation et la parturition, M. Séguy ; Chirurgie des gestations ectopiques, M. Laennec ; Chirurgie de la stérilité, M. Séguy.

Droit d'inscription : 400 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

## MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

31 AOUT-4 SEPTEMBRE. — *Berne.* Congrès neurologique international.

SEPTEMBRE. — *Moscou.* IX^e^ Congrès paurusse des gynécologues et accoucheurs.

2-7 SEPTEMBRE. — *Budapest.* Congrès de l'Association international de stomatologie.

5 SEPTEMBRE. — *Faculté de Médecine.* Clôture du registre d'inscription pour le concours d'agrégation.

7 SEPTEMBRE. — *Rome.* Congrès international pour les études sur la population.

8 SEPTEMBRE. — *Capvern.* Concentration à Capvern du 24^e^ VEM.

11 SEPTEMBRE. — *Dijon.* École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de chef des travaux de physique.

14 SEPTEMBRE. — *Budapest.* Congrès de l'Association stomatologique internationale.

15 SEPTEMBRE. — *Angers.* École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale.

18 SEPTEMBRE. — *Clermont.* École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'anatomie.

19 SEPTEMBRE. — *Toulouse.* Faculté de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de clinique obstétricale.

20 SEPTEMBRE. — *Nantes.* École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'École de médecine.

20 SEPTEMBRE. — *Buenos-Aires.* Congrès national du service social de l'enfance.

22 SEPTEMBRE. — *Tours.* École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physique.

26 SEPTEMBRE. — *Grenoble.* École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale.

# VARIÉTÉS

## OFFRAY DE LA METTRIE ET LE MATÉRIALISME AU XVIIIe SIÈCLE (1709-1751)

Par M. LAIGNEL-LAVASTINE et Jean VINCHON

Herman Boerhaave, fils d'un humble pasteur, parvint aux plus hautes destinées. Ses contemporains ont témoigné de sa gloire, qui fut légendaire. Nous voulons ici, non pas ajouter à son éloge; il n'en est plus besoin ; mais montrer son rôle dans la formation d'un de ses disciples, qui fut aussi son traducteur.

**Boerhaave, maître de La Mettrie.** — La Mettrie, en effet, a traduit et commenté successivement les *Aphorismes*, le *Traité de la Matière médicale pour servir à la composition des remèdes indiqués dans les Aphorismes*, les *Institutions de médecine*, la *Théorie chimique de la Terre* et d'autres ouvrages secondaires. Il a ajouté à ces traductions, dans divers passages de ses livres, des réflexions et de longues notes, qui établissent l'influence considérable du maître de Leyde sur son élève, comme sur la plupart des médecins de son temps.

La Mettrie avait reçu une solide instruction. Il suivit l'enseignement des Jésuites, puis celui du janséniste abbé Cordier. Après ses humanités, livré à lui-même, il commença à vivre selon sa fantaisie, mangea — il le raconte lui-même — l'argent de ses inscriptions à Paris et finit par conquérir à Reims le bonnet de docteur. Dans cette Faculté les examens étaient plus faciles et le diplôme coûtait moins cher.

Le jeune docteur partit pour Leyde à l'âge de vingt-quatre ans. Là, il suivit les leçons de Boerhaave, perdu d'abord dans la foule des étudiants étrangers. Il parvint ensuite à se faire remarquer par le maître, qui lui marqua de l'estime. Sur ses conseils, il étudia les classiques de la médecine, notamment Sydenham, qu'il traduisit plus tard.

Boerhaave était servi par un talent oratoire remarquable. Humaniste et mathématicien, il possédait à la fois l'esprit de finesse et l'esprit de géométrie. La finesse, il l'employait à observer les malades, à apprécier pour le diagnostic la valeur des symptômes. L'esprit de géométrie le guidait dans l'ordre de ses synthèses, dans la recherche des rapports de causalité, toujours précis et immédiats dont l'exposé s'enchaînait comme au cours de la démonstration d'un théorème.

Mais les géomètres, dit Pascal, « ne sont droits que sur les principes bien éclaircis ». Les principes de la physiologie étaient alors obscurs ; ils le sont seulement un peu moins aujourd'hui. La méthode mathématique offrait l'illusion de la vérité comme un piège. Boerhaave y tomba. Les maladies simples des parties solides, dont la description a la même valeur ici que celle du premier livre d'Euclide pour le géomètre, sont de pures hypothèses. La fibre solide simple, la fibre faible et lâche, la fibre roide et élastique ont vécu le temps de ces théories des vapeurs, qui gâtaient trop souvent les descriptions des faits bien observés.

La Mettrie, esprit clair, anatomiste, et très au fait de l'histoire naturelle, avait été séduit par la logique parfois artificielle de Boerhaave. Elle lui servit au moins à apporter quelque clarté dans le difficile problème des relations des organes entre eux et avec le cerveau par les voies nerveuses. Il entrevoyait déjà qu'à chaque nerf spécial correspondait un territoire cérébral spécial, dont l'ensemble forme la topographie cérébrale. L'influence du physique sur le moral se fait par l'intermédiaire du système nerveux, que Boerhaave avait négligé (1). Cette notion le conduisit à s'intéresser entre autres aux affections nerveuses, qu'il étudia de pair avec les maladies épidémiques et les maladies vénériennes.

**La Mettrie auteur du premier traité de Matérialisme.** — Il faut relater comment la première idée de cette influence prépondérante du physique, « de la matière » se présenta à l'esprit de La Mettrie. Il servait, comme chirurgien aux armées, sous les ordres du duc de Gramont, colonel aux Gardes françaises. Il l'accompagna pendant la campagne de 1743-1744 à la bataille de Dettingen, au siège de Fribourg et à la bataille de Fontenoy, où le duc fut tué.

Devant Fribourg, l'auteur de l'*Histoire de l'âme* fut atteint de « fièvre chaude ». Il s'observa lui-même et remarqua que chaque nouvelle phase de la maladie déterminait des modifications de son psychisme. « Rempli de ces idées, écrit Frédéric II (2), pendant sa convalescence, il porta hardiment le flambeau de l'expérience dans les ténèbres de la métaphysique; il tenta d'expliquer à l'aide de l'anatomie la texture déliée de l'entendement et il ne trouva que la mécanique où d'autres avaient supposé une essence supérieure à la matière. »

Désormais, il rejetait l'enseignement traditionnel. « Ce n'est ni Aristote, ni Descartes, ni Malebranche qui vous apprendront ce que c'est que votre âme (3). » La maladie avait opéré chez lui une conversion inverse de celle de Pascal. L'âme ne devenait plus que l'origine des « sensations et des mouvements animaux » ; son siège était « au point de départ des nerfs, là où l'être sensitif paraît réfugié » (4).

(1) Pierre LE MÉE, *Offray de la Mettrie*. Saint-Servan, J. Haize, 1925-1927. Deux brochures.
(2) Cité par Pierre LE MÉE, Brochure de 1925, p. 24.
(3) *Histoire naturelle de l'âme*. La Haye, MDCCXLV, p. 1.
(4) *Histoire naturelle de l'âme*, p. 91-92.

## VARIÉTÉS *(Suite)*

Le matérialisme scientifique était créé par le disciple, qui avait dépassé le maître.

En effet, il fut un temps où Boerhaave, après avoir rompu des lances contre un disciple de Spinoza, prompt à la calomnie, se vit accusé lui-même d'athéisme. Son aversion pour la discussion métaphysique avait servi de prétexte à son adversaire. L'accusation tomba vite. Boerhaave prouva sans peine qu'il s'en tenait toujours aux conclusions de sa thèse de 1689, qui distinguait l'âme du corps, mais sans nier Dieu. Sur ce point, il n'a pas influencé La Mettrie, qui le reconnaît en le nommant « le plus sage et le plus éclairé des Déistes » (1).

**Le Traité du vertige.** — L'auto-observation de La Mettrie et sa conclusion philosophique marquaient une étape imposante dans sa carrière de philosophe et de médecin. M. Pierre Le Mée nous le montre exerçant sa profession à Saint-Malo pendant huit ans, de 1734 à 1742, et consignant les résultats de son expérience dans les *Œuvres de médecine* et les *Observations de médecine pratique*. Il traite à l'Hôtel-Dieu, un des premiers, les fièvres malignes par le quinquina. Il soigne aussi des dysentériques et même des cholériques ; toute la pharmacopée du temps est mise en œuvre par lui avec la poudre de crabes, le bouillon de vipères, l'emplâtre de cloporte et mille autres drogues, qui le montrent attaché en thérapeutique à l'empirisme professionnel.

Le *Traité du vertige, avec la description d'une catalepsie hystérique* (2) résumait les premières observations de La Mettrie sur une question neuropsychiatrique. Le vertige ne peut être défini. Il faut en exposer les symptômes : illusions de la vue, sensations de mouvement du monde extérieur, sifflements d'oreilles, bruits d'eau, relâchement musculaire, dérobement des jambes, angoisse, abattement, nausées, perte de conscience du milieu extérieur, parfois convulsions aboutissant à l'épilepsie ou à l'apoplexie. La description de cet accident vagotonique est très complète pour l'époque. La Mettrie n'a omis ni la dyspnée, ni les sueurs, ni la sialorrhée. L'explication du vertige écarte les « vapeurs », les bruits auriculaires étant rythmés comme ceux du cœur, mais elle retient la « distribution inégale du suc nerveux », causée par une infinité de mécanismes différents. L'auteur expose ensuite les diverses variétés de vertiges, les causes externes et internes, la suppression des évacuations ordinaires ou périodiques ou leur trop grande abondance, la faiblesse des esprits ou la pléthore. Arrêtons-nous un instant avec lui aux causes sympathiques du vertige.

Ces causes sont multiples.

Chez un sujet à jeun, le pylore est « relâché » et les vers intestinaux peuvent sans peine « monter dans l'estomac ». Cette cause est fréquente chez les enfants : elle indique l'emploi d'anthelminthiques et de forts purgatifs.

« La bile monte aussi dans l'estomac, après des jeûnes trop rigoureux. » L'air la tiédit et l'échauffe ; le voisinage du cœur, viscère chaud, active cette action. Elle se brûle, se putréfie, « s'alcalise, ce qui produit des exhalaisons corrompues qui irritent les nerfs de l'estomac, et par conséquent ceux du cerveau, qui leur sont continus ». D'où l'emploi des vomitifs, des purgatifs et des antiseptiques.

La colère et la fureur produisent les mêmes effets, « les passions agissent avec violence sur les conduits biliaires qui s'ouvrent dans le duodénum », d'où encore ascension de la bile dans l'estomac.

Certains sujets ne peuvent supporter le lait, qui se caille dans leur estomac, trop acide. La présence du lait caillé produit aussi des vertiges et des convulsions.

Il faut encore signaler, parmi les causes sympathiques du vertige, les spasmes violents du cardia et du pylore, chez les gros mangeurs, par congestion de ces orifices, et les conséquences de la stase gastrique chez ces sujets : fermentations, irritation des nerfs propres du viscère, ou irritation secondaire du cerveau, par l'intermédiaire de la circulation.

L'aorte même, écrit La Mettrie, peut être comprimée chez les gros mangeurs, d'où vertige pléthorique avec congestion de la tête, et anémie des extrémités, commune chez les gens de lettres qui s'appliquent à l'étude aussitôt qu'ils sont sortis de table.

« Les effets de la « crapule » sont semblables à ceux de la gourmandise. » Les vertiges « crapulaires » sont dus à des excès de vin, de cidre, de bière, de petit-lait, d'eau froide ou chaude, de thé, de café, d'eaux minérales (3). Les vertiges de l'ivresse sont les moins dangereux, ils disparaissent « aussitôt que tout l'esprit du vin superflu s'est exhalé ».

Un corps étranger obstruant le pylore peut causer des vertiges. La Mettrie note les exemples suivants : épingle, aiguille, morceau de verre, noyau, petite pierre, caillots sanguins. L'aérophagie est indiquée à la suite de ces causes ; elle serait due à « la raréfaction de l'air dans les

(1) *Histoire naturelle de l'âme*, p. 249.

(2) Rennes, Garnier, 1737, avec *Théorie chymique*, Paris, Briasson, 1741.

(3) Il s'agit de la « crise » d'eaux minérales, qui devait être fréquente dans un temps où les baigneurs, comme M$^{me}$ de Sévigné, en buvaient plusieurs litres par jour.

ventricules », explication hypothétique où ne paraît guère le besoin coutumier de logique de l'auteur.

L'apparition brusque d'un vertige annonce parfois un abcès du foie, ou de tout autre viscère.

La péripneumonie, et même les efforts, qui suspendent la respiration, congestionnent les carotides et amènent aussi des vertiges.

Le choléra, l'hystérie et l'hypocondrie, les palpitations, « le rhume de cerveau improprement dit », les polypes, l'ascite, la grossesse, l'usage de l'opium, « de petits vers cachés dans les replis de la membrane pituitaire de Schneider », les conditions atmosphériques (vents, saisons), la ciguë aquatique, des traces de veniu, un ulcère dans les intestins, voilà encore des causes de vertige symptomatique. Parmi les autres causes énumérées plus haut, celles qui résident dans l'estomac peuvent être retrouvées dans plus de la moitié des cas.

Cette longue étude du vertige, assez complète pour l'époque, avait été inspirée à La Mettrie par la lecture des ouvrages d'Arétée et de Bellini. Elle est claire et méthodique, tout en suivant pas à pas les observations cliniques, mérite rare dans un temps où le fatras des doctrines encombrait souvent les ouvrages médicaux.

**Une observation de « catalepsie hystérique ».** — Les *Observations de médecine pratique* (1), vivantes et pittoresques, nous apportent peu de documents intéressant directement le psychiatre. Le *Traité du vertige* est, par contre, suivi de la *Description d'une catalepsie hystérique*, qui mérite d'être rapportée.

Deux jeunes filles de Saint-Malo, Hélène Renault et sa sœur, sont atteintes en même temps « d'une affection hystérique causée par la suppression des règles ». L'aînée, après cinq ou six crises, fut guérie par les emménagogues et les médicaments « hystériques ». Ces remèdes ne firent qu'exaspérer le mal chez la plus jeune. Après dix ou douze accès elle tomba dans « une véritable et parfaite catalepsie ». Les doigts, les phalanges, le poignet, l'avant-bras, le bras, les yeux, la tête, « tout restait immobile, dans la situation où l'on s'avisait de la mettre ». Il faut croire que cet état était contagieux, car la mère de la malade, en la voyant, fut prise elle aussi d'une crise. La jeune Renault, malgré la catalepsie, sentait vivement les odeurs, se rejetait à droite ou à gauche, suivant la narine à laquelle on présentait un flacon contenant une odeur forte, se fermait le nez avec force. « Lorsqu'on s'approchait d'elle un peu plus près, elle se couvrait le visage de son drap ou se cachait sous la couverture par je ne sais quel instinct ou perception qui la servait sans le consentement de sa volonté ; on n'avait même qu'à prononcer le nom de cet esprit (l'ammoniaque,) la voilà sur ses gardes, comme ces fous que certains mots mettent sur leur folie. » Si le médecin insistait, les convulsions, les accès de colère et de rage devenaient si violents que trois hommes la contenaient avec peine.

Pendant deux mois, la malade présenta plus de vingt accès de cette catalepsie, qui succédait toujours à des crises hystériques. A mesure que l'oppression diminuait, les yeux devenaient plus fixes et le vertige la faisait doucement tomber sur l'oreiller.

La catalepsie était quelquefois accompagnée de suffocation utérine, avec des convulsions violentes et du délire. D'autres fois, elle jouait, comme dans un rêve, la comédie de la catalepsie. Assise dans son lit et souriante, elle semblait « une statue à ressorts susceptible de toutes sortes de mouvements ». La catalepsie terminée, elle paraissait complètement revenue à la raison, mais la moindre émotion, la plus petite odeur réveillaient le mal.

Pendant deux mois, à la campagne, la jeune Renault n'eut plus d'accès cataleptiques, mais ils la reprirent dès qu'elle rentra à Saint-Malo. Elle tombait en syncope fréquemment. Si on la piquait ou si on lui faisait respirer des odeurs fortes, elle devenait cataleptique, mais d'un seul côté et incomplètement, réalisant le tableau de l'apoplexie cataleptique. La malade finit par guérir, à la suite d'un régime « fort humectant » et de légers purgatifs, qui entretinrent la diarrhée pendant deux mois, mais les règles restèrent longtemps suspendues malgré les emménagogues.

**Les influences réciproques du corps et de l'esprit.** — La Mettrie, s'observant lui-même, pendant sa maladie, au siège de Fribourg, continuait en réalité une méthode dont nous trouvons de nombreux témoignages dans le *Traité du vertige*. Ce gros mangeur souffrait certainement des troubles qu'il décrivait avec vérité. Il ne lui arrivait que rarement de se libérer de l'emprise corporelle, et sa sensibilité viscérale demeurait constamment en éveil.

Le *Traité du vertige* mène ainsi tout droit à l'*Histoire de l'âme*. Et voilà l'imagination conduite par « les causes internes ». Celles-ci reproduisent les idées que les causes externes ont coutume de faire naître et évoquent « les phantômes ou spectres, φαντάσματα » (2).

Les sens internes provoquent ainsi, comme les externes, des changements de pensée fréquents dans les songes ou les délires. Les images, ainsi

(1) Paris, Huart, Briasson et Durand, 1743.

(2) *Histoire de l'âme*, p. 115 et suiv.

# VARIÉTÉS *(Suite)*

évoquées, deviennent la conviction du maniaque par exemple.

Dans la manie, l'âme est livrée à l'impression dominante, qui l'occupe tout entière. Les raisonnements ne font qu'irriter le malade. Le médecin ne parviendra à le guérir qu'en excitant dans le cerveau une idée plus forte qui abolisse l'idée délirante. Il rétablira le jugement et la raison en assurant « l'égale distribution du sang et des esprits ».

L'imagination, affectée d'une idée forte, d'une passion violente, influe sur le corps et le tempérament, et réciproquement les maladies du corps attaquent l'imagination et l'esprit.

L'observation des maladies de l'esprit, parallèle à celle des passions, conduit La Mettrie à cette première conclusion éclectique, qui s'accorde si bien avec les données de la clinique.

**L'art de jouir.** — La Mettrie, en 1745, avait perdu sa place aux armées, après la mort du duc de Gramont, son protecteur. A partir de cette date, chaque année, des libelles nouvaux lui amenèrent de nouveaux ennemis. Il doit fuir la France et gagner cette ville de Leyde, où il avait étudié sous Boerhaave. Mais là aussi, le séjour lui est interdit. Catholiques et protestants le poursuivent d'une haine égale, à cause de son athéisme.

L'*Histoire de l'âme* se termine par une apologie du philosophe « qui ne connaît pas de plus beau titre que le surnom de juste..., modèle d'humanité, de probité et de douceur », opposé au fanatique « janséniste impitoyable ou pontife ambitieux », qui menace la paix des nations.

Mais le sage a droit aussi au plaisir, et ses passions tranquilles peuvent bien le porter à la volupté. « Pourquoi se refuserait-il aux plaisirs pour lesquels ses sens ont été faits ? » A la cour de Frédéric II, dont il est devenu lecteur, La Mettrie connaît enfin le calme. Il le consacre un moment à la médecine, étudiant l'asthme, la dysenterie, préparant l'édition de ses œuvres complètes. Il traduit le *Traité de la vie heureuse*, de Sénèque, précédé d'un *Discours sur le Bonheur*, et écrit un *Art de jouir*, qui fit scandale (1). L'année suivante, le 11 novembre 1751, il mourait d'indigestion chez Milord Tyrconnel.

**Conclusion : l'œuvre de La Mettrie est le reflet de sa vie.** — La vie d'Offray de La Mettrie est étroitement unie à son œuvre. Les exemples de l'*Histoire de l'âme* et du *Traité du vertige* le prouvent sans contestation possible. Sa virulence de pamphlétaire, ses injustices, ses excentricités, qui lui furent si reprochées, ne sont que l'autre face d'une figure originale, assez mal connue, sauf d'historiens de la médecine comme Delaunay et d'érudits comme M. Pierre Le Mée.

Il poursuit la Faculté de ses pamphlets : la *Politique du médecin de Machiavel* (2), mais nous voulons penser que, bien plus que les hommes, il visait l'esprit de routine qui alourdissait du poids des vieilles doctrines l'enseignement des maîtres de l'école, surtout sur le terrain des maladies de l'esprit. Malgré son respect pour Boerhaave, il abandonna au moins une partie de la théorie « mécanicienne » et sut rendre au système nerveux l'importance que l'école de Leyde avait méconnue (3).

Nous l'avons vu en face des faits, au cours de l'observation de catalepsie hystérique. Là il retrouve toute la puissance de son jugement, que son ardeur de pamphlétaire égarait à l'occasion. Ne lui prêtons pas un génie qui lui manque, mais reconnaissons qu'il sut à l'occasion faire figure de bon praticien, à la manière de ce PHILIPPE HECQUET, dont nous avons analysé dans un autre travail les *Recherches sur l'opium*.

(1) PIERRE LE MÉE, ouvr. cité, 1925, p. 37.

(2) LAIGNEL-LAVASTINE et JEAN VINCHON, Un chapitre du *Médecin de Machiavel*. (*Congrès de Leyde*, 1928).

(3) VESCCEAUX DE LAVERGNE Du caractère de l'œuvre médicale de La Mettrie, cité par Le Mée.

# ÉCHOS

## PUBLICITÉ

Un journal médical demande à ses lecteurs quel est le mode de publicité qui leur semble le meilleur : prospectus (pardon : littérature !), visites de représentants, échantillonnages, dons de menus objets, journal.

La réponse me paraît fort simple : est bonne toute publicité qui n'ennuie pas... la victime ! est mauvaise toute publicité prenant l'allure de la « carte forcée ».

Or, il faut bien l'avouer, n'en déplaise à messieurs les spécialistes, bien souvent leur publicité produit un effet diamétralement opposé à celui qu'ils en attendent.

Un exemple : cinq ou six malades — mettons plutôt dix, car les lecteurs de *Paris médical* sont les meilleurs et les plus occupés des médecins — attendent dans votre salon. L'excellente dame que vous venez de voir a déplié devant vous un petit papier sur lequel est inscrit la liste de ses misères. Pendant trois quarts d'heure d'horloge, vous avez souffert autant qu'elle : vos nerfs sont en pelote ! Ouf ! vous reconduisez la dame.

## ÉCHOS *(Suite)*

A ce moment, tel un pantin sortant de sa boîte, une « dame des laboratoires X... », embusquée dans l'antichambre, se jette sur vous comme l'araignée sur sa proie : « Docteur, un mot seulement. Je viens vous rappeler la potion Chose, si remarquable dans sa préparation et ses résultats. La potion Chose renferme ceci, cela, encore ceci et encore autre chose. C'est très difficile à préparer. Ça a bon goût, la potion Chose; ça n'est pas cher ! Docteur, docteur, etc... »

Mauvaise, très mauvaise publicité.

Derrière la dame de la potion Chose, un monsieur pénètre : vous le connaissez. Depuis dix ans il représente les laboratoires Z... C'est un vieux confrère, ancien médecin de marine. Il attend son tour. Il vous parle de tout, excepté de ses produits. Il vous raconte ses voyages en Chine et ailleurs, vous annonce la chute du ministère. Quand vous êtes pressé, il le sent, et ne vous retient que deux secondes : « Votre santé est bonne ? Tant mieux. Je venais pour ma petite visite annuelle : vous savez ? Mais vous êtes pressé : au revoir. »

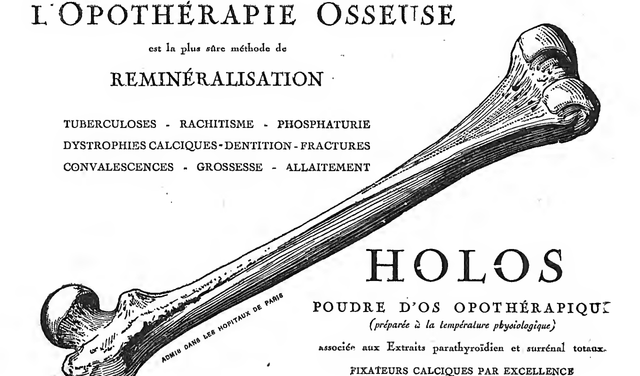
Bonne publicité.

Un laboratoire ne devrait envoyer aux médecins que des représentants plus ou moins confrères (vieux médecins, jeunes étudiants), triés sur le volet, bavards ou non suivant les heures, et toujours discrets. Et surtout, attention aux dames jeunes et coquettes : l'une d'elles m'a fait un jour une offre tout à fait extra-médicale ! La vie est si dure !

Attention aussi aux représentants-inquisiteurs, à ceux qui vous donnent une note de 1 à 5 suivant : 1° le luxe de votre appartement ; 2° le nombre de personnes qui attendent dans votre salon ; 3° la coupe de votre complet ; il y en a, et beaucoup ! Les médecins commencent à le savoir !

Parmi les autres procédés de publicité, l'envoi de prospectus crée chez le médecin un état de pseudo-obsession. Rien à dire des maisons qui expédient la louange imprimée de leur pommade sous une enveloppe à en-tête ; au premier coup d'œil, le médecin sait qu'il ouvre une lettre de publicité, et peut la jeter au panier sans la lire. Mais beaucoup de pharmaciens, moins psychologues, se croient très habiles en donnant à leurs enveloppes l'aspect d'un faire-part de mariage ou d'une lettre personnelle : « Poisson d'avril », s'écrient-ils en souriant. Or le médecin la trouve mauvaise.

N'avons-nous pas un jour reçu un télégramme admirablement imité, et remis en dehors des heures du courrier? Il contenait cette simple phrase :



## ÉCHOS *(Suite)*

« Les produits de régime Duplacart sont les meilleurs. » A quoi j'ai répondu : « La publicité Duplacart est la plus mauvaise. »

Car l'ouverture d'un télégramme n'est jamais sans créer une petite émotion, et une crampe gastrique que ne peut guérir aucun pain de régime.

Tout cela, mauvaise publicité : messieurs les pharmaciens, soyez francs !

Enfin, les petits cadeaux : sur eux, il y a une chanson. C'est très bien, les petits cadeaux, mais ça coûte très cher. Il y en a de deux catégories :

1° Les petits cadeaux qui ne servent à rien ; parmi ceux-ci, les images, plus ou moins mauvaises, reproduisant une gravure ou un tableau d'une décourageante banalité ;

2° Les petits cadeaux utiles : porte-mines, stylos même, règles, etc. Ou encore thermomètres, seringues. Ceux-là sont parfaits, pourvu que la marque donatrice ait la discrétion de ne pas gâcher son cadeau par une inscription trop voyante. Discrétion, discrétion ! Lorsqu'un médecin se sert d'un porte-mine de la poudre Duval, il se souvient de la poudre Duval même si l'inscription est discrète. Si l'inscription est voyante, il n'utilise pas le porte-mine. Nous avons tous sur nos bureaux un petit bloc éphéméride fort pratique et discret. Pour moi, j'en ai jeté un autre aussi pratique mais trop bavard.

Reste les journaux. De ceux-là, il y a beaucoup à dire. C'est un mode de publicité remarquable, et deux ou trois journaux bien faits ont fait la fortune de deux ou trois marques.

Or, dans les journaux que nous recevons, nous distinguons :

1° Ceux qui vont au panier, avec leur bande ;

2° Ceux dont on enlève la bande, qu'on feuillette et qui vont au panier ;

3° Ceux qu'on lit, puis qu'on jette ;

4° Ceux qu'on conserve.

Les premiers représentent 80 p. 100 du total. Les seconds 10 p. 100 ; les troisièmes, 7 p. 100 ; les derniers à peine 3 p. 100.

Or, ces derniers répondent aux exigences suivantes :

1° Pas de publicité dans le texte ;

2° Pas, ou très peu, d'articles de médecine. Le médecin, abreuvé de science dans la journée, aime le soir à lire autre chose : histoire, voyages, tout ce que vous voudrez, mais, par grâce, pas de cardiologie ou de pneumologie ! Aussi bien, pour cette documentation scientifique, le médecin n'hésite guère à s'abonner à un journal officiel.

Cela, très peu de laboratoires le comprennent. Très peu aussi se rendent compte qu'il suffit, en ouvrant un journal, de penser : « C'est le journal de Un tel», et c'est tout. Il n'est nullement néces-

## ÉCHOS (*Suite*)

saire d'avoir la vue obsédée par de grosses réclames, qui bien souvent se mêlent au texte que l'on désirerait conserver, et que l'on jette.

Sur la pléthore de journaux dont on nous abreuve, combien connaissent l'honneur de la reliure? Bien peu certainement. Et pourtant nous connaissons certaine revue, purement de publicité, qui fait prime en librairie et dont la collection se vend fort cher. Elle ne renferme aucune annonce voyante, mais on sait pourtant que c'est la « revue de X... », et on la conserve pour son intérêt. Les rédacteurs y parlent de n'importe quoi, mais jamais de médecine.

Et si nous voulons résumer en quelques lignes les qualités de la bonne publicité, disons seulement qu'elle doit ne jamais importuner, ne jamais ennuyer, ne jamais fatiguer ; être discrète, insinuante et non brutale ; s'offrir, mais ne pas s'imposer. Le mot *publicité* est du féminin !

M. BOUTAREL.

## LA MÉDECINE AU PALAIS

### LES REMÈDES SECRETS ET L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA PHARMACIE

*(Fin).*

Par conséquent, en admettant que le décret de Prairial s'applique à la pommade de la Veuve Farnier et si Réjou avait le droit de la vendre, il devait se conformer aux obligations du décret de Prairial et obtenir des permissions des autorités administratives. Pour ne l'avoir pas fait, il commettait une contravention, ainsi d'ailleurs que le tribunal d'Avesnes l'avait déjà vu.

Il semble donc qu'il y ait une contradiction dans les décisions de la Cour de Douai qui d'une part condamne Réjou pour exerice illégal de la pharmacie et, d'autre part, déclare que son remède n'est pas un remède secret.

Peut-être pourtant peut-on justifier la solution de l'arrêt de Douai par l'analyse des décrets successifs qui ont réglementé les remèdes secrets.

La loi de Germinal an XI interdit les remèdes secrets, mais cette loi est suivie du décret de Prairial qui, nous l'avons vu, décide que les remèdes autorisés antérieurement à la loi de Germinal ne rentrent pas dans la cadre de cette loi.

Par conséquent, en vertu du décret de Prairial, la pommade de la Veuve Farnier, déjà autorisée, peut être vendue sans tomber sous le coup de l'interdiction légale.

Le 18 août 1810, un nouveau décret retire

**(Su te à la paze VIII).**

## LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

toutes les autorisations, mais le 26 décembre de la même année un décret rectificatif suspend le retrait d'autorisations pour tous les remèdes qui ont déjà été scientifiquement examinés.

Or, nous savons que la pommade de la Vve Farnier avait été autorisée au XVIII^e siècle après l'examen d'une commission de savants.

On peut donc dire que le remède de M. Réjou devait bénéficier du décret du 26 décembre 1810 tant qu'il n'était pas statué sur l'indemnité qui devait être allouée au propriétaire de cette pommade, en compensation de l'expropriation ordonnée par le décret.

En réalité, le décret de décembre 1810 suspendait l'interdiction de vente jusqu'au jour où les remèdes seraient tombés dans le domaine public après qu'une indemnité ait été payée à leurs propriétaires.

De l'ensemble de ces décrets il est donc possible de conclure que, depuis décembre 1810, l'autorisation de vendre des remèdes antérieurement permis dure provisoirement et que la possibilité de les vendre sans commettre de délit se perpétue avec le même caractère provisoire, puisque le propriétaire du remède n'a pas reçu d'indemnité et qu'en conséquence la pommade n'est pas tombée dans le domaine public.

Cet argument a été aperçu par la Cour de Douai, puisque cet arrêt précise qu'on ne peut faire grief au propriétaire du remède de ne pouvoir faire régler son sort par une commission qui a refusé de statuer et qui n'existe plus depuis longtemps.

Par conséquent, le délit de vente de remèdes secrets ne peut être retenu ; on ne pourrait appliquer à ceux qui vendent des remèdes comme la pommade de la Veuve Farnier que le décret de Prairial qui impose des autorisations administratives données par les préfets et les sous-préfets ; faute d'avoir demandé ces autorisations prévues par le décret de Prairial, le propriétaire du remède commet une simple contravention dont la répressions appartient aux juges de simple police.

L'arrêtiste qui a analysé les décisions dont nous venons de parler dans les *Annales de la propriété industrielle* va plus loin. Il critique également l'arrêt de Douai qui n'a pas tenu compte des formalités administratives exigées par le décret de Prairial, mais il se pose la question de savoir si cette infraction au décret de Prairial constitue à proprement parler une contravention, puisque ce décret ne prévoit pas de sanction. Il se demande également si la Cour d'Orléans, qui avait décidé en 1866, avait eu raison de penser qu'on pouvait appliquer ici l'article 471 du Code pénal.

Cet article 471 déclare que « seront punis d'amendes depuis 1 franc jusqu'à 5 francs, ceux qui auront contrevenu aux règlements légalement faits par l'autorité administrative, et ceux qui ne se seront pas conformés aux règlements ou arrêtés publiés par l'arrêté municipal ».

En effet, d'après l'arrêtiste, et ce principe est incontestable, la loi de Prairial est l'exception ; il en résulte d'après lui que si un propriétaire ne s'est pas conformé aux formalités établies par le décret de Prairial pour bénéficier de l'exception, il n'est plus dans les termes de cette exception, il ne peut plus bénéficier du régime de faveur établi par le décret de Prairial. Par conséquent, son cas se trouve régi par le droit commun et c'est la loi de Germinal qui devient applicable.

Ainsi le remède ne peut être vendu que dans les pharmacies, et s'il est vendu par des non-pharmaciens, sa vente devient une exception illégale commise par le vendeur comme par le propriétaire qui a approvisionné le non-diplômé, ce dernier se rendant complice du délit.

Cette solution de l'arrêtiste paraît évidemment conforme au principe du droit ; toutefois, il semble difficile qu'un remède puisse être tantôt remède interdit et tantôt remède non interdit, selon qu'une formalité administrative pour sa vente aura été ou n'aura pas été remplie, et nous pourrons penser que si le propriétaire a vendu son remède en dehors des formalités, sans être autorisé par le préfet ni par le sous-préfet, il n'a en réalité commis qu'une contravention, ainsi que l'avait jugé déjà la Cour d'Orléans.

ADRIEN PEYTEL,
*Avocat à la Cour d'appel.*

# NÉCROLOGIE

### CHARLES DUJARIER (1870-1931)

Chirurgien de l'hôpital Boucicaut,
Directeur de l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

En cette matinée du 21 juillet où se répandit tout à coup parmi les chirurgiens, déjà clairsemés par la période des vacances, la nouvelle de la mort du Dr Dujarier, ce fut une stupeur ! Comment cet homme si vivant, si actif, à la personnalité puissante et animatrice et qui, bien qu'il approchât de soixante et un ans, ne semblait à aucun degré touché par l'âge, avait-il pu disparaître si brutalement et d'une manière tellement inattendue, alors que tous se rappelaient encore, quelques jours auparavant, dans les dernières séances de la Société de chirurgie, sa haute et élégante silhouette, sa parole aisée, sa voix nette, ses interventions toujours précises, substantielles et mesurées ? Hélas, la chirurgie ne réussit guère aux chirurgiens, quand ils doivent à leur tour s'y

## NÉCROLOGIE *(Suite)*

soumettre ! Il semble que la mort se soit saisie avec joie de celui qui lui avait arraché tant de vies humaines au cours de sa belle et laborieuse carrière ! Peut-être aussi lui a-t-il quelque peu facilité la tâche, car il n'a pu se résoudre, après une dure année de travail, à se reposer quelques semaines avant de se livrer à l'intervention chirurgicale; il n'a pu se résoudre à refuser ses soins aux malades qui attendaient de lui leur guérison: la veille du jour où il fut opéré lui-même, il opérait encore dans son service à l'hôpital Boucicaut, auquel il a donné vingt-deux ans de sa vie, dont il avait fait une organisation impeccable, et où sa disparition soudaine laisse un vide immense qui ne sera que difficilement comblé.

Charles Dujarier naquit à Paris le 25 août 1870.



Dr Charles Dujarier.

Fils d'un universitaire distingué qui acheva sa carrière comme proviseur du lycée d'Orléans, il devait peut-être à cette hérédité de fine et classique culture, avec l'habitude et l'amour du travail, la largeur et la curiosité de son esprit toujours en éveil. Interne des hôpitaux au concours de 1894, il fut l'interne de Charles Nélaton, dont il devait plus tard devenir l'assistant puis le successeur à Boucicaut, et pour lequel il avait conservé une filiale affection ; de Tuffier, dont les qualités brillantes lui avaient fait une forte impression et dont il aimait à évoquer le souvenir ; de Terrier enfin, dont il fut l'interne puis le chef de clinique à la Pitié, chez lequel il avait acquis cette perfection d'asepsie et cette rigoureuse méthode opératoire qui ont fait la force de cette glorieuse École et qui ont fait sa force à lui-même quand il se fut attaqué à cette difficile et redoutable chirurgie osseuse qui lui doit tant de progrès.

Prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux de 1900 à 1904, il mit au point, pendant ces quatre années, *l'Anatomie des membres*, cet important ouvrage d'anatomie topographique qui le rendit populaire dans toutes les générations d'étudiants qui se sont succédé depuis et que les plus studieux d'entre eux, les candidats aux concours, n'ont cessé de s'assimiler ligne par ligne et figure par figure. En juillet 1905, le voilà chirurgien des hôpitaux ; toutes les branches de la chirurgie l'attirent et le passionnent ; ses élèves lui voient exécuter avec le même succès les opérations les plus variées. Mais, depuis longtemps, la chirurgie osseuse, et particulièrement celle des fractures avaient été travaillées par lui avec prédilection. Sa documentation était étendue et précise ; il était à l'affût de toutes les techniques et de toutes les instrumentations nouvelles, qu'il étudiait à Clamart et qu'il modifiait quand elles lui en paraissaient dignes pour les rendre plus simples et plus pratiques. Peu à peu, il avait constitué, dans son service de Boucicaut, un matériel spécial considérable, une équipe d'aides entraînés, et ses séances opératoires du mardi attiraient de nombreux chirurgiens français et des étrangers du monde entier. C'est là, dans ses magnifiques salles d'opérations couplées du pavillon D, que je n'ai qu'à fermer les yeux pour le revoir avec sa physionomie attentive, ses mains fines et longues aux doigts déliés, qui exécutaient chaque mouvement avec adresse et avec douceur, obtenant la rapidité de l'acte opératoire, non de la précipitation de chaque temps, mais de la subintrance des mouvements et de l'absence de gestes inutiles. C'est que la chirurgie, pour lui, ne souffrait ni médiocrité ni laisser-aller ; elle devait être exécutée avec une perfection presque rituelle et un dévouement total ; rien ne devait troubler l'opérateur dans son attention et dans ses décisions réfléchies. Aussi exigeait-il autour de lui un silence absolu : l'assistance était muette, les cornettes des religieuses et les bonnets des infirmières évoluaient sans bruit, seule la voix du chirurgien trouait quelquefois le silence pour un ordre, une explication ou une brève réprimande, parfois vive, jamais injuste ni blessante.

A ce grand laborieux entouré de l'estime et de l'affection de tous, des tâches nouvelles étaient venues. A son service de Boucicaut, il avait joint la consultation d'orthopédie de l'Hôtel-Dieu, puis il avait été appelé à la direction de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. Son activité suffisait à tout sans fléchir et sans que sa bonne humeur en fût altérée. C'était un beau et un noble chirurgien ; sa disparition prématurée est une grande perte pour la chirurgie française. Tout le monde connaît ses travaux qui sont considérables, mais seuls ceux qui ont vécu à ses côtés, comme je l'ai fait depuis neuf ans que j'avais l'honneur d'être son assistant, qui ont partagé sa vie quotidienne, qui ont assisté à toutes les manifestations de sa vie professionnelle et scientifique, qui ont été juges avec lui dans les concours, connaissaient l'ardeur de son enthousiasme, la sincérité de son caractère, sa justice et la bonté de son cœur.

Georges Rouhier.

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

*Séance du 6 juin 1931.*

**A propos de la protéinothérapie spécifique des cancers.** — M. LAURENCE complète sur certains points les observations de trois malades de son service d'hôpital qui ont été présentées par M. Rubens-Duval à la précédente séance. Ces malades, longuement suivis, montrent que la protéinothérapie spécifique des cancers est capable de donner des résultats très remarquables et mérite de retenir dès à présent l'attention de tous les chirurgiens.

M. J. LANOS communique deux observations : celle d'un cancer du corps thyroïde et celle d'un kyste végétant des deux ovaires qui, la première depuis 1920, la seconde depuis 1925, sont actuellement en excellent état à la suite de la protéinothérapie.

M. R. BONNEAU communique l'examen histologique des nodules enlevés récemment par lui à la malade qu'il avait opérée auparavant d'un cancer du sein, réopérée cinq fois et signalée par M. Rubens-Duval dans sa récente communication. Il affirme qu'il a vu la protéinothérapie spécifique avoir une action générale remarquable sur les cancéreux et une action locale, qui, s'ajoutant à la chirurgie, peut, dans certains cas particuliers, réduire l'acte chirurgical à une moindre étendue.

**Grand diverticule de la vessie avec calcul diverticulaire. Marsupialisation. Prostatectomie secondaire. Guérison.** — M. NORA fait un rapport sur un travail de M. Marc Papin (de la Rochelle). Il insiste particulièrement sur les points suivants : la latence de ces grands diverticules vésicaux et leur symptomatologie d'emprunt ; l'association de diverticule et de lithiase ; la coexistence des diverticules et des lésions du col ; le traitement.

**Opérations conservatrices dans le traitement des salpingites bilatérales.** — M. HALLER fait un rapport sur un travail de M. R. JACQUEMAIRE (de Paris). L'auteur envisage successivement : 1° les opérations qui conservent la menstruation et la fécondation ; 2° celles qui conservent uniquement la menstruation. Il accompagne son travail de dix-neuf observations résumées où l'hystérectomie fundique a été pratiquée et il donne les résultats éloignés de ces cas.

**Traitement des abcès de l'anus.** — M. THÉVENARD fait un rapport sur un travail de M. R. JACQUEMAIRE (de Paris), concernant le traitement par la bactériophagie des abcès de la marge de l'anus. L'auteur apporte un certain nombre de faits à ajouter à ceux déjà connus, où, en contradiction avec le laboratoire, on a obtenu avec un bactériophage non spécifique des bactéries pathogènes, une guérison rapide d'une infection chirurgicale. Le rapporteur conclut, d'une rapide revue générale de la question, que si, au point de vue théorique, quelques points sont encore d'une interprétation difficile, les faits cliniques très encourageants prouvent que la bactériophagothérapie est une arme précieuse dont on ne doit jamais négliger l'emploi.

**Septicémie à staphylocoques guérie par une inoculation intraveineuse de bactériophage.** — M. HAUTEFORT fait un rapport sur un travail de M. RAIGA (de Paris). Il insiste avec l'auteur sur les conditions de succès ou d'insuccès de la phagothérapie. Il souligne l'importance des antiphages qui peuvent être combattus avec succès par l'auto-hémothérapie. Il exprime sa confiance dans l'avenir de cette méthode.

**Le traitement chirurgical précoce du pied bot congénital après l'échec des manœuvres modelantes.** — M. R. MASSART. — Le pied bot congénital doit être soigné dès la naissance et on ne doit pas attendre que l'enfant ait des dents ou soit sevré pour entreprendre le traitement. Les cas dans lesquels le traitement est commencé tardivement donnent un important pourcentage d'échecs. L'auteur, se basant sur des observations personnelles, montre qu'une intervention précoce rend au pied sa forme et sa fonction. Il insiste sur la nécessité que le traitement soit terminé avant que l'enfant commence à marcher, pour ne pas surajouter aux déformations congénitales, les déformations causées par l'appui. L'auteur, reprenant l'étude anatomique et radiographique du pied bot du nouveau-né, montre que le maximum des lésions est au calcanéum. Il s'agit vraisemblablement d'une ostéite fœtale du noyau retentissant sur les muscles et les ligaments insérés à l'os, aboutissant à des processus de sclérose qui amènent la rétraction des muscles et des ligaments et constituent le pied bot congénital. Des constatations histologiques et radiographiques apportées par l'auteur viennent confirmer cette hypothèse pathogénique.

**Double pied bot congénital invétéré chez un garçon de six ans. Réduction possible après section complète des ligaments latéraux de l'articulation tibio-tarsienne.** — M. JUDET communique cette observation dans laquelle il a pu obtenir un bon résultat pour des pieds bots âgés en agissant sur les ligaments latéraux de l'articulation tibio-tarsienne tout en conservant l'astragale intact.

**Deux cas d'appendicite aiguë apyrétiques.** — M. PEUGNIEZ communique les observations de deux malades opérés sans fièvre avec une intégrité parfaite de l'état général et qui présentaient au bout de quelques jours dans un cas, et de quelques heures seulement dans l'autre cas, après le début des premiers symptômes, des lésions gangreneuses de l'appendice. Guérison dans les deux cas.

**Appendicites graves à symptômes bénins.** — M. VICTOR PLANSON en communique trois observations avec opération et guérison.

**Sur le Congrès de chirurgie de Berlin.** — M. VICTOR-PAUCHET rapporte quelques-uns des faits qu'il a observés et en particulier des détails sur la technique opératoire de quelques chirurgiens allemands et des modes d'anesthésie qu'ils emploient.

**Corset pour scoliose.** — M. RŒDERER présente un corset à leviers permettant la flexion antérieure et postérieure et les flexions latérales. Le sujet n'a plus l'aspect en bois des porteurs d'appareils rigides ; le jeu respiratoire et musculaire se fait mieux ; l'atrophie n'est plus à craindre. De plus, une certaine gymnastique correctrice reste possible avec l'appareil.

**Instrumentation pour l'électrolyse circulaire dans les sténoses cicatricielles graves de l'œsophage.** — M. GUISEZ présente une série d'instruments qui permet de dilater sous endoscopie les rétrécissements dits autrefois infranchissables et indilatables. L'instrumentation se compose essentiellement d'olives graduées conduites par une filiforme que l'on introduit *de visu* exactement au centre

# SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

de la sténose et dans lesquelles on fait passer un courant, n'utilisant ainsi que les propriétés résolutives et dissolvantes de l'électrolyse vis-à-vis du tissu cicatriciel.

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Séance du 23 mai 1931.*

**Traitement de l'ulcère gastrique.** — M. PAUCHET signale que nombreux sont les faux ulcères que les chirurgiens non avertis traitent par une gastro-entérostomie, alors qu'il y avait une simple appendicite. L'opération gastrique a été nuisible. Il faut la défaire et enlever l'appendice. Tout opéré pour ulcère qui ne va pas mieux *doit être réopéré de suite*, s'il y a une lésion constatée aux rayons ou au cours de l'opération.

**A propos de la pathogénie du cancer.** — M. GEORGES ROSENTHAL pense que le globule blanc leucémique est, comme dans le reste de la pathologie, une cellule de défense anti-infectieuse.

**Technique et indication du Vernes-résorcine.** — M. BÉCART fait un rapport sur un travail du Dr Chauchard sur le Vernes-résorcine qui expose la technique et les résultats qu'on peut en attendre. Cette réaction est basée sur la floculation que donnent avec la résorcine les sérums des tuberculeux. Le résultat est donné en densité optique calculée à l'échelle photométrique qui va de 0 à 150 du photomètre Vernes, Bricq et Yvon. De 0 à 15 sérum, normal ; de 15 à 30, zone d'incertitude. Tout chiffre supérieur à 30 doit être interprété comme prouvant l'existence d'une tuberculose en activité.

**Le radio-diagnostic de la tuberculose vu à la lumière de la séro-floculation (résorcine) de Vernes.** — M. LEULLIER. — Les radiologues comme les phtisiologues sont d'accord sur les difficultés du diagnostic de la tuberculose pulmonaire avec la syphilis et même le cancer du poumon. L'auteur a voulu montrer l'importance de la réaction de Vernes (résorcine) dans la discrimination à faire entre ces diverses catégories d'affections. Des radiographies mises en parallèle avec les courbes sériques permettent de suivre et même de prévoir l'évolution ou la régression d'une tuberculose alors que les signes cliniques ou radiologiques seuls seraient sinon muets, au moins insuffisants. La séro-floculation de Vernes doit entrer non seulement dans le domaine clinique, mais aussi dans le domaine radiologique pour permettre une interprétation plus exacte de la symptomatologie et des images observées.

**Intérêt de la séro-floculation à la résorcine des sérums tuberculeux.** — M. TILMANT apporte des observations de malades qui présentaient des symptômes ayant fait porter des diagnostics divers, mais non celui de tuberculose. Chez eux, la séro-floculation de Vernes à la résorcine a permis d'orienter le diagnostic. Sous l'influence du traitement, l'indice floculométrique s'est abaissé progressivement avec l'amélioration de l'état local et général ; le retour à l'indice normal a permis d'autoriser les malades à reprendre leurs occupations qu'ils ont pu continuer sous le contrôle sérologique. Le relèvement de l'indice a été le signe ou d'une reprise de l'évolution ou d'une affection intercurrente qui agit probablement comme sensibilisatrice de la tuberculose latente non évolutive.

**Des contre-indications du traitement radiothérapique de l'hypertrophie prostatique.** — M. CH. GUILBERT montre par une série d'observations que la radiothérapie active par rayons pénétrants de l'hypertrophie prostatique est formellement contre-indiquée dans tous les cas d'infection locale. Si ces contre-indications n'ont pas été notées jusqu'à présent, c'est que les doses utilisées dans la méthode palliative de Nogier, par exemple, ne sont point suffisantes pour exaspérer l'infection. Mais du moment où l'intervention entre dans le domaine de la radiothérapie profonde, c'est-à-dire dans le cas où l'accumulation de la dose *in situ* est appréciable, il est formellement contre-indiqué d'avoir recours à cette intervention dans tous les cas d'infection locale. Du reste, la radiothérapie pénétrante ne peut être considérée comme curative que dans le début de l'hypertrophie.

**Constance de l'élément « catarrhe » en pathologie stomacale. Les catarrhes gastriques.** — M. PRON reprenant des idées émises il y a près de vingt ans, apporte aujourd'hui le résultat de près de 2 000 analyses de contenu gastrique de jeûne après constatation de bruit de clapotage dans la plupart des cas. Il montre que, tout au moins dans la clientèle de ville, le clapotage le matin à jeun ou loin des repas, n'est presque jamais dû à la rétention alimentaire. Il est dû à la présence de liquide catarrhal de nature variable, tout estomac, malade depuis longtemps, étant pour lui atteint de sécrétion ou d'exosmose continue.

P. PROST.

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Séance du 27 juin 1931.*

**A propos du traitement chirurgical de la maladie de Basedow.** — M. GUY LAROCHE, à propos de la communication de M. Victor Pauchet sur le traitement chirurgical de la maladie de Basedow, insiste sur les bienfaits du traitement iodé préparatoire qui a rendu ces opérations extrêmement bénignes. La préparation du malade à l'opération consiste dans le repos absolu au lit, le régime végétarien, le traitement iodé et les médications régulatrices et calmantes du système neuro-végétatif et circulatoire. Il expose les avantages et les inconvénients des différentes méthodes qui, toutes, ont de très beaux résultats à leur actif ; mais les résultats lointains des opérés lui paraissent plus stables et plus complets. Le choix du mode de traitement dépend de l'état clinique, de la forme du goitre et du métabolisme basal. Le traitement des basedowiens nécessite une collaboration constante entre le médecin et le chirurgien ou le physiothérapeute.

**Traitement de la maladie de Basedow.** — M. SYLVAIN BLONDIN. — Les indications du traitement chirurgical doivent toujours être soigneusement discutées, après une préparation iodée strictement surveillée. Les résultats seront fonction de la forme de la maladie de Basedow, et malgré les soins les plus minutieux, le pronostic immédiat post-opératoire n'atteint pas en France la bénignité que lui fixent les statistiques américaines.

LUQUET.

# REVUE DES CONGRÈS

## JOURNÉES MÉDICALES COLONIALES (1)

*22 juillet-1er août 1931.*

### SÉANCE D'OUVERTURE

La séance d'ouverture des Journées médicales coloniales a eu lieu à l'Exposition coloniale, dans la salle des Congrès de la Cité des Informations, sous la présidence M. le maréchal Lyautey.

On remarquait à ses côtés MM. les professeurs de Lapersonne, président de l'Académie de médecine ; Balthazard, doyen de la Faculté de médecine ; Radais, doyen de la Faculté de pharmacie ; Roux et Calmette, directeur et sous-directeur de l'Institut Pasteur ; Teissier, Lasnet, inspecteur général du Service de santé des colonies ; le médecin général inspecteur Dopter, directeur du Service de santé au ministère de la Guerre ; les médecins inspecteurs généraux Rigollet, Emily ; M. du Vivier de Streel, commissaire général des Congrès, et M. Letzgus, secrétaire général des Congrès à l'Exposition, et les représentants des gouvernements étrangers ; M. le Dr Cognacq, gouverneur des Colonies ; M. le professeur Tanon, président du Comité d'organisation : MM. les Drs Boyé-Gauthier, Giroux, Nass, Péchin, député, Abt, Brissac-Cibric, Bellencontre, Dartigues, etc.

M. le maréchal Lyautey prit le premier la parole pour rendre, avec sa haute autorité, un hommage de reconnaissance au corps médical colonial. Il rappela l'aide que lui ont apportée les médecins dans son œuvre de pacification au Maroc. Il cita également les termes du télégramme qu'il expédiait à Madagascar au général Galliéni : « Si vous pouvez m'envoyer quatre médecins de plus, je vous renvoie quatre compagnies. »

Les médecins coloniaux ne pouvaient souhaiter un plus bel éloge.

Puis M. le médecin général inspecteur Lasnet, dont on sait l'œuvre coloniale si importante et qui réalisa en Afrique équatoriale les prodiges que l'on connaît, prit la parole. Il rappela que c'est pour la première fois que se tiennent à Paris des assises aussi importantes que ces Journées coloniales, et fit un magnifique exposé de l'œuvre médicale aux colonies.

Il insista surtout sur le rôle social du médecin aux colonies et aussi sur le caractère international de la coopération scientifique. S'adressant à ses confrères coloniaux étrangers, il leur dit :

« En Afrique comme en Asie, dans l'océan Indien comme dans l'Atlantique et le Pacifique, à maintes reprises nous avons uni nos efforts pour lutter contre les fléaux qui menacent l'humanité sans souci des frontières ni des accords internationaux. Permettez-moi de faire des vœux pour que cette collaboration devienne de plus en plus étroite, que dans les divers groupements géographiques des réunions internationales soient périodiquement instituées et que, dans les pays très menacés comme ceux de l'Afrique noire, des bureaux permanents pour échanges de vues et travaux en commun analogues à celui de Singapore, soient même organisés. »

Après lui, M. le professeur Tanon et M. le doyen Balthazard prononcèrent des allocutions, puis M. le maréchal Lyautey déclara ouvertes les Journées médicales coloniales.

(1) Association de la Presse médicale française.

## TRAVAUX DU CONGRÈS

### Enfance indigène.

**La natalité et la mortalité infantile dans les colonies françaises.** — M. A. Thiroux. « Pour la bonne compréhension du rapport, il est nécessaire de rappeler qu'en termes de statistique en France et dans presque tous les pays, la natalité comprend le nombre des enfants nés vivants pendant une année rapporté à 1 000 habitants et que la mortalité infantile s'exprime par le rapport du nombre des décès de zéro à un an à 1.000 enfants nés vivants pendant la même période.

Il serait utile de rendre obligatoire dans toutes nos colonies cette notation usuelle de façon à obtenir au moins dans les centres où cela est possible, des renseignements comparables entre eux.

Le document le plus récent et le plus complet, qui existe concernant la démographie dans nos colonies, est constitué par le rapport établi en 1930 par le médecin colonel Cazanove et présenté à l'Office international d'hygiène publique par le médecin général inspecteur Lasnet...

Les chiffres de natalité ont été certainement exagérés dans nos colonies, par suite des calculs basés sur l'interogatoire d'un certain nombre de femmes. La natalité établie selon les usages de la statistique et dans les localités où j'ai trouvé les renseignements nécessaires paraît varier de 7 à 84 pour 1 000 habitants.

Les chiffres bas comme le chiffre 7 se rapportent en général à des contrées déshéritées au point de vue agricole. Le chiffre de 84, qui se rapporte à une province du Cameroun, paraît trop élevé, et on ne le retrouve dans aucune autre statistique coloniale française ou étrangère. Le maximum de natalité observé à Tananarive avec un état civil bien tenu est de 49 p. 1 000 et celui de la Haute-Egypte de 55.

Les natalités moyennes qu'on relève souvent dans les quelques statistiques que nous avons pu rétablir et qui vont de 30 à 40 pour 1 000 habitants, dans les contrées où les indigènes se nourrissent bien, sont très réconfortantes quand on les compare à la natalité de la métropole.

Il faudrait arriver à les généraliser sur tout le territoire de chacune de nos colonies, grâce à une organisation à laquelle on commence à penser.

J'ai retrouvé avec intérêt dans l'étude de ces statistiques le fait que j'ai signalé à Madagascar d'une natalité plus élevée dans des centres importants où la population vit dans l'aisance et se nourrit mieux que dans les campagnes ; c'est ce qu'on observe à Saïgon-Cholon où la natalité est de 47 p. 1 000, alors qu'elle s'abaisse à 33 p. 1 000 dans les provinces de la Cochinchine. De même à Hanoï la natalité de 36 p. 1 000 est supérieure à la natalité générale du Tonkin.

Les causes principales de dénatalité sont le paludisme, la syphilis et la blennorragie. Cette dernière affection paraît particulièrement bénigne en Indochine où la population s'accroît, tandis qu'elle reste stationnaire dans les pays d'Afrique.

La mortalité infantile a été encore plus exagérée que la natalité. D'après les rétablissements de calculs que j'ai effectués, elle varie de 155 à 319 décès de zéro à un an pour

# REVUE DES CONGRÈS (*Suite*)

1 000 enfants nés vivants, chiffres extrêmes vérifiés dans des centres où l'état civil fonctionne à peu près et, dans ces limites, elle correspond à la mortalité infantile observée en Haute-Egypte, de 1925 à 1927, qui varie de 172 à 303 décès de zéro à un an pour 1 000 enfants nés vivants.

La mortalité infantile de nos colonies ne dépasse donc pas 32 p. 100. A ce taux elle atteint déjà le double des mortalités infantiles les plus élevées observées en France, mais nous sommes bien loin des exagérations au cours desquelles le chiffre de 80 p. 100 est offert à la consternation du public.

Les causes de mortalité infantile sont :

1° Le paludisme. On peut se faire une idée de sa gravité quand on apprend que Legendre a trouvé dans les écoles de Tananarive 77 p. 100 de grosses rates paludéennes, et l'on peut dire avec le grand fabuliste français : ils ne mouraient pas tous, mais tous étaient frappés.

2° Comme ailleurs, la syphilis vide les berceaux dans nos colonies, et Roger Dumas a pu faire baisser d'un tiers la mortalité des nourrissons de la Goutte de lait à Tananarive en recherchant chez eux les stigmates de l'hérédo-syphilis et en les traitant par le sulfarsénol.

Enfin, les affections pulmonaires sont souvent grave. chez des enfants affaiblis par le paludisme et la syphilis qui sont insuffisamment vêtus au moment de changement de la température... »

**Protection de l'enfance en Indochine.** — M. LALUNG-BONNAIRE. Diverses affections endémo-épidémiques jointes à l'ignorance des matrones et au manque absolu d'hygiène déterminaient autrefois une forte mortalité infantile indigène (plus de 62 p. 100 en 1900), dans le grand centre de Cholon.

La protection de l'enfance est assurée en Indochine depuis la conception jusqu'à l'âge adulte.

1° *Surveillance prénatale.* — Lutte contre la mortalité occasionnée par la syphilis, traitement gratuit dans les formations sanitaires. Institut prophylactique. Consultations prénatales. Conférences et films de propagande. Congés de maternité.

2° *Protection du nouveau-né et du nourrisson.* — Lutte contre la mortalité infantile. Ecoles de sages-femmes indigènes. Maternités centrales, provinciales et rurales. Création des bà-mu au Tonkin. Accouchements à domicile, Primes à la natalité. Vaccination antivariolique et antituberculeuse. Distribution de lait, vêtements d'enfants. Conférences et films.

3° *Protection de la première enfance.* — Consultations infantiles dans les formations sanitaires et les maternités de villages. Institut de puériculture. Conférences et films.

4° *Protection de la deuxième enfance.* — Surveillance médicale des écoles :

Fiches sanitaires scolaires, dépistage de la tuberculose, soins aux trachomateux, exercices physiques.

Conférences et films de propagande sur l'hygiène.

Camps de vacances scolaires.

5° *Œuvres de bienfaisance officielles et privées.* — Crèches, orphelinats, œuvres de protection de l'enfance, de la Sainte-Enfance, écoles d'aveugles, de sourds et muets, maison correctionelle de Ong-Yem.

**Protection de l'enfance en A. O. F.** — M. CROZAT.

## Stegomyia. Fièvre jaune.

**Le Stegomyia.** — M. LE GAC. En 1881, Finlay attirait l'attention du monde médical sur le rôle possible du *Stegomyia fasciata* dans la transmission de la fièvre jaune.

Depuis cette époque on ne cessa d'étudier ce moustique Certains phénomènes biologiques comme la ponte n'ont pu être élucidés que tout récemment par Roubaud qui. a montré que les œufs durables du Stegomyia représentent des éléments essentiels de réactivation et de rajeunissement susceptibles d'entraver utilement les effets défavorables d'un développement actif continu.

Les récentes épidémies de fièvre jaune ayant sévi sur la côte occidentale d'Afrique et au Brésil ont été fertiles en enseignements. Bauer a montré qu'en sus de l'*Ædes Ægypti*, les *Aedes luteocephalus* et *apicoannelatus* et l'*Eretmopodites chrysogaster* étaient capables de transmettre la fièvre jaune. Divers auteurs ont de plus montré la possibilité de la transmission de la maladie par les Stegomyia de l'Asie, des Indes néerlandaises et de la Tunisie restées indemnes jusqu'à ce jour, d'où la nécessité d'envisager le danger d'une propagation par les voies de communication rapides comme les paquebots et les avions.

Le rôle des moustiques dans la transmission de la dengue a été mis en évidence par Graham, mais ce sont les travaux de Cleland et Bradley confirmés par Siler. Hall et Hitchens qui ont démontré d'une manière irréfutable le rôle joué par le *Stegomyia fasciata* dans cette transmission.

Dans la prophylaxie des affections transmises par l'*Aedes Ægypti* ont doit tenir compte de l'importance des œufs durables. La stérilisation des lieux de ponte par l'hypochlorite de soude assurant la destruction des œufs ou l'éclosion prématurée des larves devra désormais entrer dans la pratique courante de la lutte contre les Stegomyias.

**Vaccination, sérothérapie et chimiothérapie de la fièvre jaune.** — MM. Auguste PETTIT et Georges STEFANOPOULO. I. *Vaccination.* — C'est le professeur Hindle qui, le premier, a réalisé, à Londres, en 1928, la vaccination du singe et a appliqué ce procédé à la protection de l'homme ; à cet effet, ce médecin utilise deux vaccins : un vaccin formolé et un vaccin phéniqué.

Quatorze jours après, en proclamant la priorité de Hindle, Pettit et Stefanopoulo proposaient un anavirus, dont la préparation est calquée sur celle de l'anatoxine de Ramon et qui protège efficacement le singe.

Le problème de la vaccination antiamaril n'est pas encore au point en ce qui concerne l'espèce humaine ; il importe, notamment, de déterminer les conditions précises dans lesquelles doit se trouver le virus pour fournir un vaccin efficace et incapable d'infecter l'homme.

II. *Sérothérapie.* — Depuis 1928, Pettit, Stefanopoulo et Frasey préparent du sérum antiamaril au moyen du singe et du cheval, qui jouit des propriétés suivantes :

*a.* Il n'a d'influence défavorable ni sur l'homme, ni sur le singe ;

*b.* Il neutralise, *in vitro*, le virus amaril et permet de préparer des vaccins efficaces ;

*c.* Il protège le macaque contre une infection ultérieure de virus ;

LA PRATIQUE THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

## Formulaire de Thérapeutique infantile

Par le Docteur PAISSEAU

Médecin de l'Hôpital Tenon.

1926, 1 volume in-16 de 206 pages.......................... ..... ................. 12 francs.



## Les anévrysmes artério-veineux

Par le Dʳ Raymond GRÉGOIRE

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,

Chirurgien de l'Hôpital Tenon.

---

1 volume grand in-8 de 216 pages avec 5 planches et 8 figures............................. 24 fr.

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

*d.* Il empêche la fièvre jaune de se déclarer chez le macaque.

Faute de singes, la préparation du sérum antiamaril est arrêtée.

III. *Chimiothérapie.* — Les essais de chimiothérapie de la fièvre jaune n'ont encore fourni aucun résultat pratique.

**Hépatite enzootique ou Rift Valley Fever.** — MM. R. DAUBNEY et G.-M. FINDLAY. Une nouvelle maladie aiguë due à un virus ultramicroscopique est décrite de la colonie de Kenia de l'Afrique Orientale anglaise. Le virus produit dans l'homme une fièvre qui dure quatre jours et que caractérise une leucopénie. Le virus est pathogène pour le mouton, la chèvre, le singe et le chat et mortel pour l'agneau et pour les rongeurs tels que la souris et le rat. Il y a une hépatie nécrotique. L'infection peut être transmise à la souris à travers la peau rasée ou la conjonctive. Le sang et l'urine sont très infectieux. La maladie a des similitudes avec la fièvre jaune, mais il n'y a pas d'immunité croisée entre les deux infections.

## Anophèle. Paludisme.

**L'anophèle.** — M. le professeur ROUBAUD. L'anophèle, moustique vecteur attitré du paludisme qu'il transmet par piqûres après une incubation de durée variable suivant la température et le type du virus, mérite l'attention soutenue des médecins et hygiénistes tropicaux.

L'assainissement réel des régions palustres ne peut provenir que d'une lutte efficace contre ce type de moustiques.

Pour combattre efficacement les anophèles au point de vue de l'antipaludisme, il est nécessaire tout d'abord d'être renseigné aussi exactement que possible sur les espèces régnantes, leur origine, leurs lieux de développement et la part respective qu'elles prennent dans l'endémie locale.

Toutes les espèces ne sont pas également dangereuses.

L'action devra porter au maximum sur les espèces vraiment dangereuses qui peuvent se développer parfois à plusieurs kilomètres des collectivités.

Le procédé le plus certain d'assainissement durable d'une région palustre réside dans son assèchement parfait, condition qui est rarement réalisable. L'évolution agricole, accompagnée de la pratique de la stabulation permanente, a permis dans une grande partie de l'Europe un assainissement progressif spontané, qui est lié à la protection exercée à l'égard de l'homme par les animaux domestiques (déviation animale). C'est là un idéal vers lequel on doit tendre également en toutes régions, mais il suppose une transformation complète de la pratique agricole et des conditions habituelles de l'élevage dans les régions chaudes ; une telle évolution ne sera obtenue que lentement.

Dans la pratique immédiate, la lutte anti-anophélienne s'inspirera des mesures diverses de destruction (débroussements, pétrolage, etc.), en particulier des méthodes biologiques simples et rationnelles telles que celle de l'empoisonnement.

Le traitement des surfaces d'eau par les nuages de poudre larvicide, seuls ou de préférence associés à l'emploi des poissons, constituera une méthode de grande portée.

**L'organisation de la lutte antimalarienne en Indochine.** — M. ROBIN (de Saïgon). Par suite du développement économique de l'Indochine, d'importantes collectivités ont été constituées dans les régions boisées, très insalubres, ouvertes désormais à la colonisation. Le paludisme s'y est manifesté depuis 1919 avec une fréquence et une gravité telles qu'il menaçait de prendre les proportions d'un véritable fléau.

La seule protection thérapeutique et mécanique des individus s'étant révélée insuffisamment efficace, on a complété ces mesures prophylactiques par l'étude de la faune anophélienne, de sa biologie, et des moyens de la combattre dans chaque cas envisagé. L'application de cet ensemble de procédés nécessite l'intervention et la collaboration étroite de trois services : l'Institut Pasteur, conseiller technique, le Service de santé, assurant la protection de l'homme ; le Service des travaux publics, assainissant le sol par le drainage.

D'abord localisée aux points les plus atteints, la lutte antimalarienne, entreprise en 1929, se développera progressivement suivant un ordre d'urgence et permettra la généralisation des premiers résultats si heureusement acquis dès 1930 : disparition de la mortalité, abaissement des indisponibilités pour paludisme de 30 à 3 p. 100.

**Les anémies tropicales.** — M. le professeur Carlos MONGIS (de Lima).

**Les anophèles du Gabon occidental.** — M. GALLIARD. La région étudiée est située entre les premier et troisième parallèles Sud, entre les rivières Ogooué, Nyanga, N'gounié et la mer. Elle est traversée par la chaîne du Mayumbe et recouverte par la grande forêt. Cinq espèces d'*anophèles* y ont été trouvées : *A. Gambiæ*, *A. funestus*, *A. mauritianus*, *A. pharoensis* et *A. Marshalli*.

Les trois premières sont les plus communes : *A. Gambiæ* sur la côte, *A. funestus* à l'intérieur, dans les zones de savane toujours peu étendues ; enfin *A. mauritianus*, très abondant partout et qui est peut-être la seule espèce forestière.

En saison des pluies, pendant la période d'activité, des *anophèles* viennent peu dans les habitations européennes ou indigènes, sauf pendant une forte pluie ; on ne les y trouve jamais le jour.

En saison sèche, la température s'abaisse (minimum observé : 11 degrés le 15 juillet) et les anophèles adultes disparaissent complètement. La reproduction se fait au ralenti : à tout moment on trouve des larves dans les gîtes qui persistent partout durant cette période (*A. mauritianus*). Dans d'autres cas la ponte des femelles et l'évolution larvaire semblent plus étroitement liées aux variations de la température locale (*A. funestus*). Ces faits confirment ce que l'on sait sur les *anophèles* en Afrique, où une même espèce peut présenter une biologie très différente suivant la région considérée.

**Traitement des anémies parasitaires coloniales.** — M. RIOU.

**Index splénique d'endémicité palustre.** — M. Philippe DECOURT.

# NOUVELLES

**Ecole de puériculture.** — Les candidates aux divers diplômes d'infirmières-visiteuses ont la faculté d'accomplir leur préparation intégrale à l'École de puériculture.

Enseignement de vingt-deux mois : diplôme d'infirmière-visiteuse d'hygiène maternelle et infantile, délivré par l'Université de Paris, devenant diplôme d'Etat par équivalence.

Enseignement de vingt-six mois pour l'obtention des deux diplômes d'infirmière-visiteuse (enfance et tuberculose).

Enseignement de trente-trois mois : diplôme d'Etat d'hospitalière (vingt-deux mois) et diplôme d'infirmière-visiteuse d'hygiène sociale.

L'École de puériculture accueille en outre les élèves de deuxième année, en vue de la spécialisation de l'enfance. Le cours s'ouvrira, comme chaque année, le 1er octobre.

Prière d'adresser les demandes avant le 15 septembre, à Mlle Greiner, surveillante générale, 64, rue Desnouettes, Paris (XVe).

**Cours sur les grands syndrômes cardiaques (Hopital Broussais).** — Un cours sur les grands syndromes cardiaques aura lieu du lundi 5 au samedi 17 octobre, sous la direction de M. Ch. Laubry, chef de servie, avec le concours de MM. Jean Walser, médecin assistant de l'hôpital Broussais ; Daniel Routier, assistant de la consultation de cardiologie ; G. Marchal, médecin des hôpitaux ; L. Deglaude, chef du laboratoire d'électrocardiographie ; A. Jaubert, chef de laboratoire ; A. Van Bogaert et L. Matton, assistants étrangers ; R. Heim de Balsac, radiologiste du service ; P. Thiroloix, J. Lenègre, A. Busson, Mlle Th. Brosse, P. Bernal, internes et anciens internes du service.

Horaire et programme du cours. — *Lundi 5 octobre.* — 9 h. 30. Formes cliniques de la péricardite : M. Laubry. — 11 heures. Les symphyses cardiaques et leur traitement : M. Walser. — 15 heures. Notions pratiques de radiologie cardiaque : M. Heim de Balsac.

*Mardi 6 octobre.* — 9 h. 30. Les endocardites infectieuses : M. Busson. — 11 heures. Localisation des souffles et leur mécanisme : M. Thiroloix. — 15 heures. Notions pratiques d'électrocardiographie : M. Deglaude.

*Mercredi 7 octobre.* — 9 h. 30. Signification des lésions valvulaires : M. Laubry. — 11 heures. Rétrécissement mitral : M. Lenègre. — 15 heures. Exercices pratiques de radiologie cardiaque : M. Heim de Balsac.

*Jeudi 8 octobre.* — 10 heures. Consultation clinique : M. Laubry. — 15 heures. Interprétation des tracés électrocardiographiques : M. Deglaude.

*Vendredi 9 octobre.* — 9 h. 30. Examen radiologique des malades vus à la consultation du jeudi : M. Laubry. — 11 heures. L'insuffisance aortique : M. Brosse. — 15 heures. Cardiographie et son intérêt clinique : M. Van Bogaert.

*Samedi 10 octobre.* — 9 h. 30. Le cœur sénile : M. Marchal. — 11 heures. L'infarctus du myocarde et les anévrysmes pariétaux : M. Van Bogaert.

*Lundi 12 octobre.* — 9 h. 30. Les syndromes myocardiques : M. Walser. — 11 heures. Les traumatismes cardiaques : M. Routier. — 15 heures. Exercices pratiques de radiologie cardiaque : M. Heim de Balsac.

*Mardi 13 octobre.* — 9 h. 30. Syphilis cardiaque : M. Bernal. — 11 heures. Le rhumatisme cardiaque : M. Walser. — 15 heures. Etude bactériologique du rhumatisme articulaire aigu et de ses complications cardiaques : M. Jaubert.

*Mercredi 14 octobre.* — 9 h. 30. Maladies congénitales : M. Routier. — 11 heures. Insuffisance ventriculaire droite : M. Matton. — 15 heures. Artériographie. Valeur diagnostique et pronostique : M. Van Bogaert.

*Jeudi 15 octobre.* — 10 heures. Consultations clinique : M. Laubry. — 15 heures. Epreuves d'excitabilité vasculaire. Réflexes normaux et pathologiques : M Van Bogaert.

*Vendredi 16 octobre.* — 9 h. 30. Examen radiologique des malades vus à la consultation du jeudi : M. Laubry. — 11 heures. Formes de l'insuffisance ventriculaire gauche : M. Marchal. — 15 heures. Oscillographie. Tensions systolique, diastolique et moyenne : M. Matton.

*Samedi 17 octobre.* — 9 h. 30. Indications générales du traitement des cardiopathies : M. Laubry. — 11 heures. Traitement de l'insuffisance cardiaque : M. Laubry.

Tous les jours, à 16 heures, examen de malades dans les salles, sous la diredtion des internes du Service.

Le prix de l'inscription est fixé à 150 francs. On s'inscrit le jour de l'ouverture du cours. S'adresser à M. Matton, à l'hôpital Broussais. Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, sur leur demande, recevoir à la fin du cours un diplôme.

**Cours d'opérations chirurgicales.** — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie infantile), en dix leçons, par M. Jean Meillère, prosecteur, commencera le lundi 14 septembre 1931, à 14 heures, et continuera les jours suivants à la même heure.

Les élèves répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 francs.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Ce cours sera fait en liaison avec le cours complémentaire de chirurgie infantile fait à la même époque, sous la direction de M. le professeur Ombrédanne.

**Cours d'anatomie pathologique.** — Un cours de perfectionnement de technique et diagnostic anatomo-pathologiques sera fait par M. Charles Oberling, agrégé, et M. Jacques Delarue, préparateur, à partir du jeudi 15 octobre 1931, à 14 heures, au laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, et se poursuivra les jours suivants, à la même heure.

Le cours comprendra : 1° Huit séances de démonstration d'autopsie, qui comporteront la présentation et la discussion de pièces macroscopiques avec examens histologiques immédiats par congélation. Ces séances auront lieu les lundis, mercredis et vendredis de 10 à 12 h. 30 à l'Institut du Cancer, 16 *bis*, avenue des Ecoles, à Villejuif (service spécial d'autocar à l'aller et au retour) 2° vingt séances au cours desquelles les auditeurs seront entraînés aux diagnostics microscopiques tels qu'ils se présentent dans la pratique d'un laboratoire d'anatomie pathologique et de clinique médicale. Ils seront exercés, en outre, à toutes les méthodes de fixation, inclusion et coloration nécessaires suivant les cas.

Chaque séance comportera un exposé théorique accompagné de projections microscopiques et diascopiques, concernant les données générales indispensables à l'étude des préparations du jour.

Les préparations effectuées par chaque auditeur res-

## NOUVELLES *(Suite)*

teront sa propriété, elles constitueront une base de collection dont les éléments auront été choisis parmi les cas les plus démonstratifs.

Ces vingt séances auront lieu tous les jours à 14 heures au laboratoire d'anatomie pathologique.

*Programme du cours.* — 1. Généralités sur la technique histo-pathologique (fixations, inclusions, coupes, colorations). — 2. Généralités sur la pathologie cellulaire et sur les processus inflammatoires. — 3. Inflammations spécifiques. — 4. Généralités sur les processus néoplasiques. — 5. Tube digestif : les entérites spécifiques, diagnostic des ulcérations intestinales, les principales lésions du pancréas. — 6. Le foie, lésions circulatoires : hépatites aiguës, toxiques et infectieuses. — 7. Les hépatites chroniques : tuberculose, syphilis, paludisme. — 8. Les cirrhoses, les tumeurs du foie. — 9. Les affections des ganglions lymphatiques. — 10. Les affections de la rate, les troubles du métabolisme, maladies infectieuses, tumeurs. — 11. Le diagnostic des splénomégalies. — 12. Appareil respiratoire, lésions de la trachée et des bronches, broncho-pneumonie, pneumonie, abcès pulmonaire, gangrène pulmonaire. — 13. Tuberculose pulmonaire. — 14. Syphilis pulmonaire, cancer pulmonaire, les pleurésies. — 15. Les affections du myocarde. — 16. Les vaisseaux, affections des veines, affections des artères, artérites infectieuses, athérome. — 17. Introduction à l'étude des néphrites, lésions élémentaires du parenchyme rénal, les néphrites épithéliales et glomérulaires. — 18. Les néphrites interstitielles, la sclérose rénale d'origine vasculaire, les néphrites chroniques d'origine ascendante. Diagnostic des scléroses rénales. — 19. Les affections de la surrénale, surrénalites aigues et chroniques ; tumeurs de la surrénale. — 20. Les affections du corps thyroïde, thyroïdites, goitres. — 21. Les lésions élémentaires du système nerveux.

Ce cours est réservé exclusivement aux auditeurs régulièrement inscrits.

MM. les internes des hôpitaux qui désirent y participer sont priés de s'inscrire directement au laboratoire. Le prix de l'inscription est de 300 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté, sur présentation de la quittance de versement du droit. MM. les étudiants devront, en outre, produire leur carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundi, mercredi et vendredi de 14 à 18 heures.

**III<sup>e</sup> Congrès international de psychothérapie, d'hypnologie et de psychologie appliquée** (28 septembre au 4 octobre 1931). — La Société de psychothérapie organise, à l'occasion de l'Exposition coloniale un troisième congrès de psychothérapie, qui aura lieu du lundi 28 septembre au dimanche 4 octobre 1931.

Ce congrès comprendra : 1° Une séance solennelle d'ouverture au Palais des Informations de l'Exposition ; 2° des conférences générales (avec films et projections) ; 3° des séances consacrées aux rapports et communications ; 4° des excursions, des réceptions, des banquets et des fêtes. Le droit d'admission est fixé à 50 francs.

Adresser les adhésions, les titres des communications et le montant des souscriptions au Congrès, au Dr Pierre Vachet, secrétaire général, 8, boulevard de Courcelles, Paris (XVIIe). Tél. Galvani 63-40.

BUREAU DU CONGRÈS. — *Présidents d'honneur* : les professeurs Charles Richet, Pierre Janet, Paul Carnot, Hartmann, Marcel Labbé, Gustave Roussy, Laignel-Lavastine, Jean Lépine (de Lyon), Euzière (de Montpellier), Chavigny (de Strasbourg), Forgues (de Montpellier), Fribourg-Blanc, Maranon (de Madrid), Forel (de Zurich), Marinesco (de Bucarest), Gabriel Petit (d'Alfort), Moret.

*Président* : Dr Bérillon ; *vice-présidents* : Dr Ch. Fiessinger, Dr Paul Farez, Dr Voivenel (de Toulouse), M. Henri Rollet.

*Secrétaire général* : Dr Pierre Vachet.

**Les congressistes des Journées médicales coloniales à Vichy.** — A l'issue des Journées médicales coloniales, le président d'honneur des Journées, M. Lasnet, inspecteur général du Service de santé des Colonies et M. le professeur Tanou, président, ont chargé le Dr F. Le Sourd et le médecin-colonel Bouet d'accompagner à Vichy, à La Bourboule et à Vittel un groupe de 80 congressistes.

Dans ce groupe, on remarquait M. Bentley (du Caire), le professeur José Albert (de Manille), les professeurs Marquez et Rueda-Vargas (de Bogota), le professeur Karantasis (de Salonique).

Grâce à l'amabilité coutumière de la Compagnie fermière de Vichy qui avait organisé la liaison entre les trois stations, ce voyage a été la plus agréable et la plus intructive des leçons de choses.

A la gare de Vichy, une cordiale réception attendait les voyageurs. Le président de la Société des sciences médicales de Vichy, le Dr Raymond Durand-Fardel, leur souhaita la bienvenue au nom des médecins de Vichy.

En quittant la gare, on visita d'abord le magnifique embouteillage automatique de la Compagnie fermière. Cet embouteillage, réalisé par l'éminent directeur technique de la Compagnie, M. Brian, est certainement le plus parfait de ceux qui existent à l'heure actuelle. Les bouteilles parties automatiquement du wagon y retournent de la même manière, après avoir été lavées, remplies, bouchées, étiquetées, automatiquement toujours, de façon à éliminer toute possibilité de contamination. C'est une très belle chose.

Le Grand Etablissement thermal, que dirige avec tant d'autorité le Dr Haller, retient ensuite longuement les visiteurs : bains-douches, bains carbo-gazeux, douches de Vichy, le service d'électrothérapie du Dr Aimard, la

## NOUVELLES *(Suite)*

splendide installation mécanothérapique furent justement admirés. Ils sont dignes de leur réputation mondiale et des 130 000 baigneurs qui fréquentent annuellement Vichy.

Mais le progrès ne s'arrête pas. Derrière le Grand Établissement s'élève déjà un nouvel établissement ultramoderne, destiné à remplacer l'établissement actuel de 2e classe.

Puis voici le beau laboratoire de Recherches biologiques que dirige depuis trois ans le Dr Lesecœur. Les médecins de Vichy y trouvent la possibilité de se livrer aux plus importantes recherches expérimentales.

Comment ne pas signaler tout à côté la Maison des missionnaires réalisée, sans le concours des Pouvoirs publics, par le Père Wathé. Cette très belle œuvre permet aux grands coloniaux que sont les missionnaires de venir à Vichy retrouver la santé qui leur permettra de continuer dans nos lointaines colonies leur apostolat religieux et patriotique. On doit la saluer avec admiration et respect.

Une remarquable conférence du Dr Durand-Fardel mit en valeur les ressources infinies que les coloniaux peuvent trouver à Vichy. Après avoir étudié les sources, leur origine, leur composition, leur action, le conférencier montra combien la cure de Vichy est complexe. Il voulut bien exposer aux congressistes toutes les remarques suggérées par sa longue expérience. Aussi fut-il très longuement applaudi par l'assistance où on remarquait de très nombreux coloniaux.

Mais une visite à Vichy n'est pas seulement consacrée à l'étude, c'est aussi l'occasion de délicieuses réceptions. Les Congressistes purent ainsi assister, au théâtre, à une magnifique représentation de gala. Le lendemain, ils furent aimablement reçus, sur le beau champ de courses par M. le baron de Waldner, président de la Société des Courses de Vichy. Après le Grand Prix de Vichy, ils furent invités à prendre le thé au Sporting-Club, véri-Eden au bord de l'Allier.

Enfin, avant leur départ, un magnifique dîner les réunit au Carlton, sous la présidence de M. Charles Fère, l'éminent président de la Compagnie fermière. Ils purent, une fois de plus, se rendre compte que Vichy n'est pas seulement un pays de régime et ils apprécièrent cet incomparable adjuvant de la cure qu'est une cuisine française assaisonnée par l'air pur de l'Allier.

A l'heure des toasts, M. Fère salua très aimablement les Congressistes coloniaux, les membres du IIIe Congrès international de radiologie, venus se joindre à eux, et toutes les dames présentes. Puis, M. le professeur Bentley (du Caire), M. le professeur Karantasis au nom des délégués étrangers, M. le médecin général Lecomte au nom du Corps de santé colonial, Mlle Marvingt au nom de l'Aviation sanitaire, le Dr Le Sourd au nom des Journées coloniales, le Dr Belot au nom des radiologistes, apportèrent à Vichy l'hommage de leur admiration et de leur gratitude.

Le Dr Alquier de Vichy donna enfin la primeur d'une belle et généreuse poésie en l'honneur des Coloniaux de France.

C'est avec une véritable émotion que tous vinrent avant le départ, dire à M. Fère, à MM. Feuillade, Loiseau, Ossipoff, de la Compagnie fermière, au Dr Durand-Fardel et à nos chers confrères de Vichy quel souvenir profond ils emportent de leur visite dans la première station thermale du monde. F. L. S.

### MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

31 Aout-4 Septembre. — *Berne*. Congrès neurologique international.

Septembre. — *Moscou*. IXe Congrès panrusse des gynécologues et accoucheurs.

2-7 Septembre. — *Budapest*. Congrès de l'Association international de stomatologie.

5 Septembre. — *Faculté de Médecine*. Clôture du registre d'inscription pour le concours d'agrégation.

7 Septembre. — *Rome*. Congrès international pour les études sur la population.

8 Septembre. — *Capvern*. Concentration à Capvern du 24e VEM.

11 Septembre. — *Dijon*. École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de chef des travaux de physique.

14 Septembre. — *Budapest*. Congrès de l'Association stomatologique internationale.

15 Septembre. — *Angers*. École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale.

18 Septembre. — *Clermont*. École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'anatomie.

19 Septembre. — *Toulouse*. Faculté de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de clinique obstétricale.

20 Septembre. — *Nantes*. École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'École de médecine.

20 Septembre. — *Buenos-Aires*. Congrès national du service social de l'enfance.

22 Septembre. — *Tours*. École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physique.

26 Septembre. — *Grenoble*. École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale.

## VARIÉTÉS

### ÇARAÂTH
### LA LÈPRE BIBLIQUE
### LE CHAPITRE XIII DU LÉVITIQUE
### ET LE TRAITÉ NEGAIYM

*(Suite)*

Par le Dr M. TRÉNEL

Médecin de l'Asile clinique Sainte-Anne.

* * *

Comme nous l'avons fait observer au début de notre article, le chapitre XIII du Lévitique n'a certainement trait qu'au diagnostic immédiat de la lèpre, à sa détection, afin de séparer le malade de la communauté (1). Le lépreux présumé était, comme nous l'avons vu plus haut, désigné sous le nom de *mousgar* et le lépreux confirmé sous le nom de *mouhlat* (2). Ce dernier terme, d'un sens très général, qui pouvait s'appliquer à d'autres cas, employé seul sans désignation de la maladie à laquelle il avait trait, signifiait tout court « lépreux » ; telle était la gravité de cette maladie ; de même qu'aujourd'hui, il suffit de dire qu'un malade est « positif » pour que tout le monde sache qu'il s'agit d'une syphilis. Ainsi, que ce soit une raison d'impureté d'ordre religieux ou une raison d'hygiène d'ordre médical, peu importe : soit immédiatement, soit après une observation d'une durée de deux septénaires, la çaraâth dûment diagnostiquée, le malade est éliminé de la communauté. Il n'en est plus question dans la Bible que pour édicter les règles de purification dans le cas où il guérirait. Mais quant à la marche ultérieure de la maladie, il n'en est plus rien dit, puisque le chapitre XIV n'a trait qu'aux purifications des malades guéris (3). De ceci on a conclu que çaraâth était un nom général désignant toutes les affections cutanées, car on ne peut admettre que la lèpre fût plus guérissable alors qu'aujourd'hui.

Que deviennent donc les lépreux incurables dont il n'est point fait mention au chapitre XIII? Le silence du Lévitique est l'argument le plus concluant pour les adversaires de l'identification de la çaraâth avec la lèpre. Comment les législateurs, après avoir analysé avec tant de soin les signes de la maladie, auraient-ils négligé la description des symptômes si frappants de la période terminale? Rien au sujet des anesthésies, rien au sujet des mutilations des membres ni des paralysies.

A quoi nous répondrons que le texte biblique est purement légiférant ; il lui a suffi de déterminer la nature de la maladie pour édicter les mesures religieuses ou hygiéniques à prendre, le reste lui importe aussi peu qu'à notre préfet de police la description de la variole une fois qu'il a fait transporter un malade à l'hôpital Claude-Bernard. La lèpre de la Bible et du Talmud est une *lepra legalis* suivant l'expression de Huth, signalée par Preuss d'après Münch.

Et d'ailleurs, un texte nous apprend ce qui en était du sort des lépreux et cela d'une façon lapidaire ; dans ses *Antiquités judaïques* où il condense les récits bibliques, Flavius Josèphe s'exprime ainsi : « Τοὺς δὲ λεπροὺς εἰς τό παντελὲς ἐξήλασε τῆς πόλεως μηδενὶ συνδιαιτομένους καὶ νεκροῦ μηδὲν διαφέροντες. Mais les lépreux, c'est d'une façon définitive qu'il (Moïse) les éloigne de la ville, sans qu'ils puissent avoir commerce avec personne. Ils ne diffèrent plus en rien d'un mort. » (Ἄνθρωποι νεκροὶ καὶ ζῶντες, des morts vivants », écrira trois siècles plus tard saint Grégoire de Nazianze.) Une légende rapportée dans le traité *Moed Qaton* (III) compare la séquestration imposée à Myriam pour sa çaraâth aux sept jours de deuil que l'on observe rituellement pour un mort.

Le *çarouâ* était aussi sévèrement exclu que le *mésiau* du moyen âge dont on connaît les terribles formules par lesquelles les clercs le mettaient hors de la société. Nous rappellerons pour mémoire (II Rois, VII, 3-40) l'anecdote des quatre lépreux qui se trouvaient à la porte de la ville de Samarie assiégée par les Syriens et qui furent les premiers à en constater la fuite panique. Nous rappellerons surtout l'histoire du roi lépreux Ouzziyahou qui fut séquestré jusqu'à la fin de ses jours.

Ouzziyahou, fils d'Amatsyahou d'après le *Livre des paroles des jours* (alias *Chroniques*, II, XXVI) fut un grand roi. Il battit les Pelichthim, les Arebim et les Meounim, construisit à Yerouchalaïm et dans le désert des tours armées de machines à lancer les pierres et creusa de nombreuses citernes. Il eut une armée de 307 500 vaillants guerriers. Mais il voulut indûment faire

(1) Nous laissons de côté la *lèpre des maisons et des vêtements* décrite dans les derniers versets du chapitre XIII.

(2) Schwab, dans sa traduction du Talmud (*Traité Megilla*, I, 7), traduit inexactement *mouhlat* par « présumé de lèpre » qui s'appliquerait en réalité à *mousgar*.

(3) Les conditions qui déterminaient l'impureté ou la pureté étaient d'ailleurs des plus variées. Si certaines peuvent s'expliquer par la théorie du *tabou*, il en est d'autres qui paraissent bien extraordinaires. L'esprit aiguisé des docteurs de la loi ne s'exerçant que sur des mots, ils en arrivaient dans leurs *distinguo* à des résultats singuliers. Par exemple il est enseigné dans le traité *Qiddouchin* (fol. 33b) que, si étant pur on passe près d'un arbre sous lequel se tient un impur (par lèpre), on devient aussi impur, mais si c'est le lépreux qui passe sous l'arbre où se tient l'individu pur, celui-ci ne devient pas impur. Dans le traité *Niddah* (IV, 3) il est rapporté que le sang menstruel d'une femme lépreuse reste pur, d'après l'école de Chammay ; d'après l'école de Hillel, il est comparable à la salive ou à l'urine de cette femme (et par conséquent impur).

des fumigations sur l'autel de l'encens et Jahvéh le frappa de lèpre :

Ouzziyahou se courrouça et dans sa main était l'encensoir pour encenser, et comme il se courrouçait contre les Cohanym, *la çaraâth luit sur son front* devant les Cohanym dans la maison de Jahvéh auprès de l'autel de l'encens. Et Azaryahou le Cohén tourna la tête vers lui ainsi que tous les Cohanym, et voici il était lépreux (*meçorâ*) au front (1), et ils le firent vite sortir de là et lui-même se hâta de sortir, car Jahvéh l'avait touché (*nigeho*) ; et le roi Ouzziyahou fut lépreux (*meçora*) jusqu'au jour de sa mort, et il habita dans la maison d'isolement (*béth hah'ofchith*), lépreux, car il avait été exclu de la maison de Jahvéh, et Jotham son fils, dans la maison du roi, jugeait le peuple du pays... Et Ouzziyahou s'endormit avec ses pères, et on l'ensevelit avec ses pères dans le champ de sépulture qui appartient aux rois, car on dit : il est lépreux...

Qu'est-ce que *Béth-hah'ofchith* ? Arrêtons-nous un instant sur ce fait et sur ce mot dont le sens est discuté.

Le verbe *hafash*, très voisin comme racine puisqu'il ne diffère que par le *sh* au lieu du *ch*, lettres qui permutent constamment, a des sens multiples suivant ses modes : rechercher, fouiller, méditer, chercher — être médité, se faire chercher, *se cacher* — se déguiser.

Le verbe *hafach* signifie être affranchi. L'adjectif veut dire libre, affranchi. A la septième année ou année sabbatique (*chemitah*, rémission), où la terre était légalement, obligatoirement laissée en friche, se trouve cette charitable disposition : l'esclave hébreu devait être renvoyé libre (*hofchi*). *Béth hah'ofchith* serait donc *la maison de la liberté* ; on a traduit « maison isolée, écartée ou maison où le roi s'est affranchi du poids du gouvernement ». Ces explications sont inacceptables ; la maison de séquestration est nommée « maison de liberté » simplement *par antiphrase* suivant un procédé fréquemment employé dans l'antiquité chez tous les peuples, soit par simple euphémisme, soit plutôt par superstition et pour éloigner le mauvais sort (2).

Les Juifs n'ont pas échappé à l'emprise et aux règles de la superstition universelle (3). Le *fas* et le *nefas* sont de tous les temps et de tous les âges, et tous les peuples ont employé les mêmes stratagèmes pour se défendre contre les mauvais esprits. Le *traité Berakoth* (13[a]) recommande que « jamais la bouche de l'homme ne s'ouvre pour Satan. *Leôlom al yiphtah tiph leshatan* ». Et ailleurs il est dit : « Que jamais l'homme ne prononce que des paroles de bon augure (mot à mot : qu'il parle en une langue pure). *Leôlom yedaber adam bilechon neqivah.* » C'est pour ne pas donner un nom de mauvais augure que la léproserie s'appellera « maison de la liberté ». *Nomina Numina*. Le nom même de Jahvéh ne devait-il pas n'être jamais prononcé, n'était-il pas remplacé pa *Adonay* (*Seigneur*), et mieux encore par *Chèm* (*Le Nom*). Fossey (4) donne des exemples d'interdictions analogues chez les Assyriens.

Il semble que les Septante n'aient pas compris ou qu'à leur époque on n'ait plus connu le sens du mot *Beth hah'ofchith* : ils l'ont simplement reproduit. Leur traduction ἐν οἴκῳ Ἀπφουσὼθ, *maison Apphousôth*, est évidemment une transcription approximative du mot hébraïque et par la suite sans doute défigurée par les scribes ou par Théodotion qui est réputé pour sa servilité pour les termes.

Le *Targoum Onkelos* traduit *Béth hah'ofchith* par *Béth segiroutha*, qui a le double sens de « maison d'isolement et de maison de lépreux ». Preuss signale et repousse le rapprochement avec l'expression *Gibeâth gareb* (Jérémie, 31-39) ; le *garab* est l'une des maladies — maladies évidemment cutanées — dont l'énumération est donnée dans le Deutéronome (XXVIII, 27), et citée aussi dans le Lévitique (XXI, 20 et XXII, 22). Cette soi-disant *colline de Gareb* — telle est la traduction traditionnelle de cette expression qui désigne un lieu voisin de Jérusalem — aurait été ainsi en réalité l'endroit où étaient relégués les malades atteints de *garab*, laquelle devrait donc être peut-être considérée comme une forme de lèpre ; traditionnellement on traduit *gale sèche* par opposition avec *harès*, *gale humide* (??. Ce dernier terme est à rapprocher de *hérech*, argile). M. Vajda nous a signalé que dans le texte syriaque *çaraâth* est toujours traduit par *garbô*. Ajoutons que *garbu* est le nom donné à la maladie du « Job babylonien » (Voy. *Appendice* I).

Le texte hébraïque n'est pas très clair au sujet de la sépulture ; on devine qu'il signifie que Ouzziyahou ne fut pas enseveli dans la sépulture même des rois ; ceci est confirmé par le texte samaritain et le texte arabe : « Ils l'ensevelirent

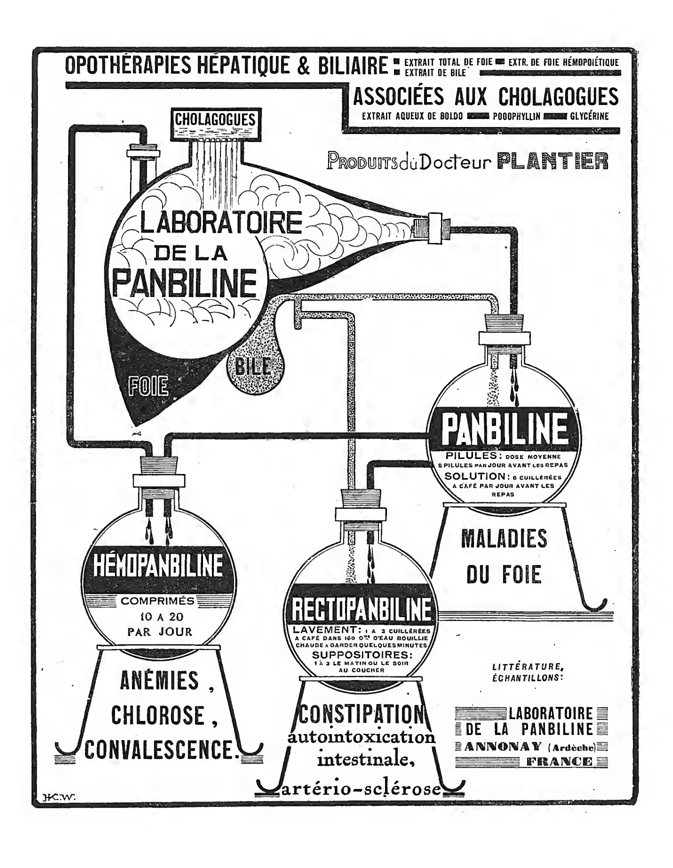
(1) C'est aussi à une tache sur le front que le prince de « l'Évangile de l'Enfance » reconnaît que sa femme a la lèpre : « ... Mais lorsqu'il vit sa femme, il aperçut entre ses yeux des marques de la lèpre sous la forme d'une étoile... » (MIGNE, *Dictionnaire des Apocryphes*, I, p. 999).

Dans le *Livre de Job* (XI, 15), Çophar le Naâmite dit à Job : « Tu pourras relever ton front exempt de tache ». C'est du moins la traduction donnée par la *Bible du Rabbinat français* d'un texte que sa concision rend difficile.

(2) Gesenius traduit *h'ofchi* par « *infirmus* » d'après le verset 6 du psaume 88 et *beth hah'ofchith* par « *nosocornium* » (??).

(3) L. Blau, dans un ouvrage du plus haut intérêt, a réuni les éléments de la magie dans le Talmud (*Das altjüdische Zauberwesen*, Strasbourg, 1898).

(4) C. FOSSEY, *La Magie Assyrienne* (Thèse de la Faculté des lettres de Paris, 1902). — Id. *Textes magiques assyriens*, 1904.



OPOTHÉRAPIES HÉPATIQUE & BILIAIRE
EXTRAIT TOTAL DE FOIE
EXTR. DE FOIE HÉMOPOIÉTIQUE
EXTRAIT DE BILE
ASSOCIÉES AUX CHOLAGOGUES
EXTRAIT AQUEUX DE BOLDO
PODOPHYLLIN
GLYCÉRINE
CHOLAGOGUES
PRODUITS du Docteur PLANTIER
LABORATOIRE DE LA PANBILINE
FOIE
BILE
PANBILINE
PILULES: DOSE MOYENNE 6 PILULES PAR JOUR AVANT LES REPAS
SOLUTION: 6 CUILLÉRÉES A CAFÉ PAR JOUR AVANT LES REPAS
MALADIES DU FOIE
HÉMOPANBILINE
COMPRIMÉS 10 A 20 PAR JOUR
ANÉMIES, CHLOROSE, CONVALESCENCE.
RECTOPANBILINE
LAVEMENT: 1 A 2 CUILLÉRÉES A CAFÉ DANS 160 CMS D'EAU BOUILLIE CHAUDE A GARDER QUELQUES MINUTES
SUPPOSITOIRES: 1 À 2 LE MATIN OU LE SOIR AU COUCHER
CONSTIPATION autointoxication intestinale, artério-sclérose
LITTÉRATURE, ÉCHANTILLONS:
LABORATOIRE DE LA PANBILINE
ANNONAY (Ardèche)
FRANCE
H.C.W.

## VARIETES *(Suite)*

dans un lieu de sépulture mais non dans le tombeau des rois. » Le Targoum de Jonathan est moins précis, mais a certainement un sens analogue; il se borne à dire qu'on l'enterra hors de Jérusalem : *Viythel bar min Yerouchalaim.*

Tout ceci nous intéresse peu au point de vue clinique, mais nous indique que *la çaraâth était bien une maladie incurable* et que, impur ou infectant, le lépreux était enterré hors du sépulcre commun. La *segirouth,* la séquestration se prolongeait même dans la mort. Et ceci se passait au VIII[e] siècle avant Jésus-Christ.

Et de fait la çaraâth était considérée comme incurable : la preuve en est l'exclamation du roi d'Israël, Iehoram ben Ah'ab (IX[e] siècle), quand le roi d'Aram lui envoie son Sar-çeba Naâman pour qu'il le fasse guérir de la çaraâth par Elichâ, le Nabi de Chomeron : « Et il arriva que, quand le roi eut lu l'écrit, il déchira ses vêtements et dit : Suis-je Elohim (Dieu) pour faire mourir ou faire revivre, que celui-ci ait envoyé vers moi pour guérir cet homme de sa çaraâth... » (II Rois, V, 7).

Et cette lèpre de Naâman est restée légendaire : à Damas, le Damècèq des rois d'Aram, en dehors du vieux mur d'enceinte entre la Bâl ech-Cherki, porte datant des Romains, et le tombeau du Cheikh Arslan, près de la léproserie est une antique maison que l'on nomme la *maison de Naâman,* legs sacré, inaliénable, que la légende attribue à Geyhasi, serviteur d'Elicha, que celui-ci punit de son indélicatesse à l'égard de Naâman (il lui avait réclamé indûment une récompense) en le rendant lépreux lui et sa postérité (1).

Notons ces derniers mots. Indiqueraient-ils une croyance à l'hérédité de la lèpre?

Quant aux lésions destructives des membres, plusieurs passages, soit de la Bible, soit du Talmud, peuvent être interprétés comme y faisant allusion : d'abord celui où Aaron supplie Moïse de guérir de sa lèpre sa sœur Myriam (Nombres, XII, 12) : « *Al-nothchi kaméth achér beçéthoméh' érem immo veyakel h'açi besharo.* De grâce, qu'elle ne soit pas comme un mort-né qui sort du sein de sa mère et dont est consumée la moitié de sa chair. » Aaron craint donc que la chair de Myriam ne tombe en pourriture. On est autorisé à admettre ici une allusion aux nécroses de la lèpre (2).

Et peut-être même plus que cela, d'après la traduction chaldéenne : le Targoum Jonathan ne suit pas ici le texte biblique mot à mot : « *Çaley keân âl-bishera miytha-hadéyn debah veyithasci.* Prie, je t'en conjure, pour cette *chair morte* qui est en elle et qu'elle guérisse. » On serait tenté de voir dans l'expression *chair morte* l'indication qu'on connaissait, du moins aux temps du Targoum, l'*anesthésie lépreuse.* Le principal argument, auquel nous avons déjà fait allusion, contre l'identité de la çaraâth et de la lèpre, tomberait alors.

Et la malédiction que le roi David lance contre le meurtrier d'Abner (II Samuel, III, 29) : « Je suis innocent moi et mon royaume devant Jahvéh, à jamais, du sang d'Abner, fils de Ner ! Qu'il retombe sur la tête de Joab et sur toute la maison de son père, et que jamais cette maison ne manque de gens atteints d'écoulements et de lépreux (meçorâ), et s'appuyant sur des béquilles, et tombant sous le glaive et manquant de pain. » Dans ce rapprochement du lépreux et de l'impotent y a-t-il l'indice des paralysies lépreuses ?

Et ceci parmi les imprécations du prophète Zacharie « au huitième mois dans la seconde année de Darius » (par conséquent au VI[e] siècle avant J.-C. : la date est donnée dans le texte (I, 1) et il n'y a pas de raison d'en repousser l'authenticité) : « La dessiccation sur son bras et sur son œil droit (3). Que son bras se dessèche de sécheresse et que son œil droit s'obscurcisse d'obscurité ! » (chap. XI, 17). Et plus loin : « Sa chair se pourrira lui vivant (mot à mot : et lui se tenant sur ses pieds), ses yeux pourriront dans leurs trous et sa langue pourrira dans sa bouche » (XIV, 12).

Cette double citation montre que l'on connaissait des maladies où les membres s'atrophient, où la peau et les muqueuses s'ulcèrent et où les globes oculaires se fondent dans la phtisie. *Il n'y a que la lèpre qui réalise simultanément toutes ces lésions :* la description du prophète est l'évocation du lépreux à la dernière période, assistant vivant à sa hideuse cachexie. Et cela, répétons-le, au VI[e] siècle de l'ère antique.

La « carie des os », *raqab âçamoth,* est d'ailleurs connue de la Bible, et il nous est loisible de penser que cette expression est une allusion aux lésions osseuses de la lèpre comme les plus connues, étant les plus fréquentes. Elle se rencontre à deux reprises. « C'est une carie des os que la jalousie », prononcent les Proverbes (XIV, 30), et au pro-

(1) Il lui en resta une bien mauvaise réputation. Le traité *Sanhedrin* (X, 2) le donne comme un des quatre personnages qui n'ont pas part à la vie future « parce qu'il était jaloux, de mœurs dissolues et ne croyait pas à la résurrection des morts » ; et Rabbi Yehouda dit au nom de Rab que Geyhazi et ses trois fils sont les quatre lépreux dont il est fait mention au livre II des Rois (VII, 3)

(2) Cette allusion au mort-né macéré est un argument pour les partisans de la syphilis biblique.

(3) Pourquoi l'œil droit? Preuss donne cet éclaircissement : Nahach, roi des Ammonites, voulait crever l'œil droit des vaincus pour qu'ils ne puissent plus combattre, car au combat le côté gauche de la face est couvert par le bouclier et que c'est l'œil droit qui sert au guerrier.

## VARIÉTÉS (*Suite*)

phète Habaquq : « la carie envahit ses os » (III, 16).

Nous aurions été tenté d'ajouter à cette liste Asa, roi de Juda (II Chroniques, XIV, 12). « Dans la trente-neuvième année de son règne, Asa fut atteint d'une maladie des pieds, la maladie s'étendit jusqu'en haut, et dans sa maladie il n'eut pas recours à Jahvéh mais aux médecins. » Sur la foi de Rab et de Mar Sutra (Sota 10[b]) Preuss admet que ce fut la goutte. Après avoir pensé à la lèpre mutilante, nous tendons à croire que ce fut de la gangrène sénile à évolution typiquement progressive, car au livre des Rois (I Rois, XV, 23) il est dit : « ... Seulement au temps de sa vieillesse il eut une maladie aux pieds » ; et le chroniqueur rapporte qu'on « remplit sa tombe d'aromates et de parfums composés selon l'art des parfumeurs », vraisemblablement à cause de la fétidité de la lésion, car il ne semble pas qu'on ait eu l'habitude en Judée d'embaumer les cadavres ; de plus, exemple unique, « on alluma pou lui un feu, grand extrêmement ». Si c'eût été la lèpre, il n'eût pas été enseveli dans le tombeau des rois, comme cela est spécifié (I Rois, XV, 24, et II Chroniques, XVI, 24). La durée de deux années donnée pour cette maladie va peut-être, en raison de sa longueur, à l'encontre de notre diagnostic. Notons le peu de confiance de l'Écriture Sainte envers les médecins, mais du moins le texte prouve qu'il y avait alors, dix siècles avant l'ère actuelle, des médecins praticiens (*Ropheiym*) qui possédaient la confiance des rois.

A l'époque talmudique, l'existence des lésions mutilantes caractéristiques ne fait aucun doute, elles sont signalées très positivement.

Nous avons cité plus haut l'allusion au manque des orteils faite dans le *Traité Nazir* (VI, 9) à propos des cérémonies de purification. Nous y trouvons plus loin une autre allusion, celle-là catégorique, aux amputations spontanées : « La poussière provenant des monticules de terre est impure. Et pourquoi? Parce que les femmes y enterrent leurs avortons. Mais, observa Rabbi Joudan, père de Rabbi Mathnia, ne peut-on pas donner pour raison que *les lépreux y enterrent leurs membres gangrenés*, et peut-on dire de ces derniers que leur décomposition rende impure ? »

Qu'est-il dit encore dans *Taannith* (21 *a*) : « Le torse couvert de chehin dont les bras, les jambes, la vue et l'ouïe sont perdus ». Quel malade sinon le lépreux répond à cette description schématique?

Et dans A*both* de Rabbi Nathan (III, 1) : « Qui met des haillons autour de ses yeux (1) ou de ses jambes et crie : « Donnez à l'aveugle, donnez au lépreux », le dira plus tard en vérité ».

Le descendant d'Aaron (Lévitique, XXI, 18) qui a le nez ensellé, *h'aroum*, dont le nez est effondré entre les deux yeux, d'après le Talmud (Michnah Békaroth, VII, 3 et Gemara, 43 *b*), comme le malade dont Marchoux donne l'image (fig. 135, p. 412), est impropre au service du Temple. Preuss admet qu'il s'agit de la lèpre. Nous le croyons aussi, et nous aurons la malignité d'emprunter notre opinion à un adversaire résolu de l'identification de la çaraâth avec la lèpre. En effet, Jeanselme reproduit une photographie caractéristique et écrit : « C'est à la vérole que nous rapportons en Europe le nez en lorgnette : mais il n'appartient pas en propre à cette affection; il faut savoir qu'*en pays exotique cette déformation est le plus souvent le sceau de la lèpre* » (2). Nous soulignons, car pour nous ces quelques mots ruinent la théorie de nos contradicteurs et de celui-là même qui les a écrits. L'effondrement nasal des lépreux devait avoir une assez grande fréquence pour qu'une loi religieuse fût édictée à son sujet. Cela nous paraît d'autant plus évident que le terme (*sheroud*) qu'on traduit par « ayant des membres inégaux », doit être lu bien plus probablement *çeroud*, c'est-à-dire lépreux, et qu'ensuite viennent les mots : *chever ragel* et *chever iad*, estropié du pied et estropié de la main, et plus loin le *thebabel beeino*, celui qui a une taie sur l'œil (comme ce même malade figuré par Marchoux). Ceci est encore un ensemble de symptômes propres à la lèpre.

Ces stigmates morbides rendant les Cohaniym et les Lévites impropres au service du Temple ne se rencontrent pas seulement dans la Bible. Nous les retrouvons dans un texte donné par Fr. Martin (3), et il est fort probable, sinon certain, que les dispositions édictées dans la Bible ne soient que la copie des règles religieuses babyloniennes qu'Esdras (4), au retour de la captivité de Babylone, incorpora au texte sacré :

L'enchanteur (*baru*) puissant du roi de... de Shamash,
s'il est la créature de Ni-har-sag-ga,
(s'il est) issu d'un prêtre, du père pur,
et (s'il est) lui-même accompli dans sa forme et dans [ses proportions,
devant Shamash et Adad dans le sanctuaire de l'Oracle [et de la décision pourra se présenter.
Le devin dont le père n'est pas pur, et qui lui-même [dans sa forme et dans ses proportions
n'est pas accompli, qui est louche, édenté,

(1) La simulation est de tous les temps. Qu'on se rappelle qu'au moyen âge des gueux simulaient la lèpre ou tentaient de s'en contagionner pour jouir des aumônes ecclésiastiques.

(2) E. Jeanselme et E. Rist, *Précis de pathologie exotique*.

(3) Fr. Martin, *Textes religieux assyriens et babyloniens*, 1902, 1re série, LXIV, p. 235.

(4) Voy. sur le rôle d'Esdras dans la rédaction des textes bibliques ; Loisy, *Histoire du canon de la Bible*, 1892.

## VARIÉTÉS (*Suite*)

qui a un doigt mutilé, la chair noirâtre, des abcès, de [la lèpre,
un ulcère purulent,
ne peut être dépositaire des décrets de Shamash et [d'Adad...
Du collège de ceux qui s'adonnent à la décision de [l'art du devin il ne doit pas s'approcher.

A la simple lecture la parenté, pour ne pas dire l'identité, des textes apparaît évidente et de plus les termes du texte assyrien peuvent eux aussi, sans qu'on les force, s'appliquer à la lèpre.

Ce n'est cependant qu'à propos de la lèpre des vêtements que le chapitre XIII emploie un terme qui pourrait s'appliquer à la lèpre mutilante. Au verset 51 il parle d'une « lèpre rongeante » — on pourrait dire « phagédénique » s'il s'agissait de la maladie humaine, — *çaraâth mameéréth* ; ce que Rachi traduit par le mot français *poinant* (poignant).

D'après le Talmud, il y a vingt-quatre espèces de lèpres. Ce détail est rapporté trois fois avec des variantes. Dans le Talmud de Jérusalem (Ketouboth 31[d]) et dans la Tosephta Ketouboth (VII, 270[4]), c'est un vieillard frappé de chehin qui le raconte à Rabbi Chimon ben Gamliel. Dans le Talmud de Babylone (Ketouboth 77[b]) le fait est attribué à Rabbi Jocé ben Halaphtha et l'expression employée est *mouké chehin*. L'un des textes dit que le vieillard était « près de Sepphoris », ce qui indiquerait son exclusion de la ville.

De ces 24 espèces, le texte n'en cite qu'une, le *baâlé rathan*, considéré comme particulièrement grave et dans lequel les yeux larmoient, le nez coule, la bouche bave de la salive, de sorte que les mouches se jettent sur le malade. Preuss suppose qu'il s'agit de la lèpre tuberculeuse de la face avec envahissement des muqueuses, et cite les textes qui montrent qu'aux temps talmudiques (1) on craignait de s'exposer à être touché par ces mouches, les mouches de mort de l'Ecclésiaste (ch. X), et l'on sait quel est le fléau des mouches en Orient : les gens ne se donnent même pas la peine de les chasser de leur visage. Léger, dans son article « Lèpre » du Traité de Carnot et Lereboullet, cite nombre d'expériences où l'on a trouvé des bacilles de Hansen dans la cavité digestive de maints insectes infectés soit expérimentalement soit spontanément : il y a une prescience dans les recommandations des rabbanim.

Tous s'accordent à déclarer que les rapports conjugaux sont néfastes dans le *baâlé rathan.* Rachi dit qu'il s'agit dans le baâlé rathan d'un ver dans le cerveau (?).

On évitait aussi de se mettre sous le vent d'un lépreux : « Comme Rabbi Mani marchait à côté d'un lépreux, Abayé lui recommanda de ne pas se tenir à l'est de cet homme, car le vent d'ouest, fréquent, lui communiquerait la lèpre, mais de marcher à l'ouest du malade » (Traité J. Baba Bathra, II, 8-13[b]). Cette recommandation vient incidemment à propos de la règle d'établir des tanneries à l'est des villes pour que les vents d'ouest régnants n'y apportent pas leurs odeurs.

***

A l'heure présente, la lèpre ne guérit guère : Jeanselme, Marchoux, Léger, Gougerot n'en citent, et non sans restriction, que quelques cas de guérison.

Il en était sans doute de même aux temps bibliques. Le Lévitique s'étend, il est vrai, longuement sur les cérémonies de purification si curieuses ordonnées aux guéris de çaraâth, mais il s'agissait alors sans doute de dermatoses curables confondues avec la lèpre. Flavius Josèphe en parle d'une façon bien dubitative : « Λν δέ τίς ἐξίκετευσας τὸν θεὸν ἀπολυθῇ τῆς νόσου καὶ την ἐρρωμένην κομέσηται γρόαν ὁ δὴ τοιοῦτος ποικιλάις ἀμειβεται θυσίαις τον θέον.. Que s'il en est quelqu'un qui, par ses prières à Dieu, soit délivré de la maladie et acquière une peau saine, celui-là rendra grâce à Dieu par diverses offrandes. »

Et comme guérisons enregistrées dans la Bible on ne cite que Moïse, sa sœur Myriam, le Syrien Naâman, et comme incurables *Geyhazi* le serviteur d'Élisée, le roi *Ouzziyahou.*

***

Nous n'insisterons pas sur les deux derniers versets (45-46) qu'a commentés M. le Dr Tricot-Royer dans sa communication à la Société d'histoire de la médecine. Ils sont d'eux-mêmes assez parlants ; et, si tous les malades décrits dans le cours du chapitre XIII ne sont pas en entière certitude des lépreux authentiques, on nous accordera cependant que ces versets s'appliquent bien aux lépreux de tous temps et de tous pays. Signalons que Frazer, à propos du signe de Caïn, fait allusion au costume spécial des lépreux du Lévitique, sans y insister particulièrement : il ne le considère pas comme une marque d'infamie, mais comme une mesure de protection (2). A noter

(1) Déjà dans Isaïe (VII, 18) on trouve la menace « des mouches des canaux d'Égypte » ; mais ceci a peut-être trait au paludisme, comme aussi sans doute le nom du Dieu des mouches, *Baâl Zebub* (Belzébuth).

(2) Frazer, *Le folk-lore dans l'Ancien Testament* (traduction Audra), chap. VII, p. 35. *Le signe de Caïn.*
Tenir la tête découverte et ramener son vêtement sur sa bouche était d'ailleurs aussi un signe de deuil ; quand la femme d'Ézéchiel meurt, Jahvéh, interdisant à celui-ci d'en prendre le deuil, lui ordonne de ne pas découvrir sa tête et de

## VARIÉTÉS *(Suite)*

que, dans la suite des temps, la notion d'impureté avait dû être remplacée par celle de l'isolement, car Rabbi Josah ben Lévi (Pesachim 2[a], Sifra 64[c]) veut que le lépreux, au lieu de crier « *Tamé, Tamé* (impur) », crie « *Paroush* », qui veut dire « isolé, séparé ». Du temps du Targoum Onkelos le cri était différent : « *Lo thisethaaboun ! lo thisethaaboun !* N'approchez pas ». Et celui que donne Jonathan ben Ouziel est : « *Rehouqou ! Rehouqou ! min masaaba !* Eloignez-vous de l'impur ». Preuss croit néanmoins que même cette notion de la contagiosité avait dû disparaître, quoique l'examen des çaraâthiques ne fût plus, au temps talmudique, dévolu en toute autorité aux prêtres mais aux médecins, car il y avait alors des médecins expérimentés (1) ; le prêtre devait seulement déclarer ou non l'impureté. Comme preuve de la disparition de la notion de contagiosité, nous citerons avec Preuss les singulières dispositions légales qui permettaient au fiancé de consommer le mariage quand la lèpre était reconnue seulement au moment de la cérémonie, et qui faisaient remettre à la fin d'une fête religieuse l'examen du lépreux reconnu au cours de cette fête.

Et pour terminer, rapportons la glose française que Rachi donne pour expliquer le mot *shapham* (moustache) : il écrit comme équivalent le mot *grenon* qui signifie moustache en vieux français.

Nous nous arrêterons au verset 46. La fin du chapitre est consacrée à la çaraâth des maisons et des vêtements et le chapitre XIV aux incantations des cérémonies de purification du lépreux (?) guéri. Cela est du plus haut intérêt au point de vue de folklore, mais ne fournit que peu de renseignements d'ordre médical, sauf en ce qui concerne les localisations de la lèpre indiquées selon nous, comme nous le signalions plus haut, par les rites de simulation de la maladie dans l'attouchement avec les liquides purificateurs au niveau des extrémités des membres, siège habituel des plus graves lésions de la lèpre (XIV, 17-28) et dans le rasement de tout le système pileux (XIV, 9) représentant l'alopécie lépreuse (2).

***

A propos du séjour des lépreux aux portes de villes — qui se voit encore en Orient — nous citerons un curieux passage du traité *Pesahim* (12) : « On ne considère pas comme sacré l'espace situé au-dessous des portes de Jérusalem ; de cette façon, dit Rabbi Yirmeyahou au nom de Rabbi Chemouel ben Yizhaq, les lépreux peuvent se mettre à l'abri du soleil en été et de la pluie en hiver. » On peut juger par là à quel degré d'ignominie et d'horreur tombaient ces misérables pour qu'il fallût une décision des docteurs qui leur permît de s'abriter sous le porche des portes de la ville. Et s'il en était ainsi à l'époque civilisée du *Talmud*, on juge ce qu'il devait en être aux âges antérieurs.

M. Back nous a signalé à ce même sujet cette curieuse légende : « Rabbi Jocé ben Lévi (III[e] s.) demande au prophète Elie : « Quand viendra le Messie? — Va le lui demander, répond le prophète. — Où est-il? — A la porte de la ville (3), parmi les pauvres qui souffrent de maladies (4). — Comment le reconnaîtrai-je? — C'est que tous découvrent toutes leurs plaies à la fois et que le Messie ne les découvre que l'une après l'autre. »

Dans la réglementation des purifications du meçorâ, comme dernier acte de cette cérémonie la Michnah Negaiym (XIV, 8) édicte qu'après avoir subi une aspersion dans la chambre des lépreux (*lickekath ha-meçoraîym*), il ira se placer dans la porte de Nicanor (*chaâr Niqanor*), et c'est là que s'accomplit l'acte symbolique que nous avons cité de l'attouchement de l'oreille, de la main et du pied, ou de leur moignon si ces membres sont amputés.

On peut, sans doute, appliquer aux lépreux le tableau que nous trouvons répété à maintes reprises : Job se plaint que les enfants mêmes le méprisent et protestent quand il s'approche et plus loin (XVI, 9-11), que les gens qui viennent à lui la bouche béante, le frappent au visage avec ignominie, s'attroupent autour de lui (XLIV, 17). Jérémie (XLIX, 17), dans la malédiction d'Edom montre les gens stupéfaits et sifflant (signe de

ne pas cacher sa bouche : « *Peercka haboch âleyka... velo thaêtéh âlshapham.* Couvre-toi de ta coiffure... et n'étends pas (ton vêtement) sur ta moustache » (XXIV, 17). Une autre singularité est donnée par le traité *Sota* (III, 8) : « Voici quelle différence il y a entre un homme et une femme : l'homme devenu lépreux porte des vêtements déchirés et marche la tête nue ; la femme en ce cas n'a aucune de ces prescriptions à suivre. »

(1) Tel ce Ben Ahya, spécialiste des affections intestinales (*Traité J. Chekalim*, V, 2-48[d]). La Michnah dit : « Ben Ahya était chargé de soigner les intestins ». Le Gemara commente ainsi : « Les prêtres marchaient pieds-nus sur les dalles. Ils se nourrissaient de viande et ne buvaient que de l'eau. C'est ce qui leur causait des douleurs d'intestins. Et Ben Ahya savait quel était le vin qui était le médicament pour les intestins. »

Nous renvoyons, pour le chapitre des médecins du Talmud, à Preuss.

(2) Nous devons signaler cependant que cet acte rituel s'accomplissait dans d'autres circonstances : « Il y a trois personnes dont l'acte de se raser est un devoir religieux, savoir le Nazir après son abstinence, le lépreux guéri, et les lévites pendant leur service au Temple » (*Traité J. Nazir*, VI, 3, et Michnah Negaym XIV I.)

(3) Le texte emploie ici le mot *Cartha*.

(4) Ce sont des *menougaîym*, des lépreux, commente Rachi.

# VARIÉTÉS (Suite)

mépris) à la vue de ses plaies ; il revient sur les mêmes expressions dans les Lamentations (II, 15, 16). « Tous ceux qui passent sur le chemin battent des mains sur toi, ils sifflent... ils ricanent. »

***

Conclurons-nous d'une façon ferme ? Nous avons la conviction que certains des faits cliniques d'une part, et certains traits de folklore d'autre part, que nous avons analysés, se rapportent bien à la lèpre vraie. Nous devons avouer que d'autres restent obscurs, mais nous laisserons à Ricord (1) la responsabilité de sa dévote conclusion à propos de la lèpre biblique, que « probablement le divin inspirateur des saints livres aura eu de graves motifs de laisser quelque obscurité sur ce point ». Nous partageons de préférence l'opinion de Preuss : « Je diffère de mes prédécesseurs en ce que je ne comprends pas nombre de particularités du chapitre de çara'ath et que je crois que maintes d'entre elles nous posent des problèmes insolubles » (p. 170). Nous espérons néanmoins, grâce à nos savants conseillers, mais quelquefois aussi contre leur avis, nous être rapproché, dans telle de nos interprétations, du sens médical exact du texte biblique là où ce si érudit médecin, le plus qualifié des commentateurs modernes du chapitre XIII du Lévitique, est resté dans le doute.

Nous ne pouvons donc en aucune façon admettre l'affirmation catégorique de Münch (p. 145) que, « dans l'Ancien Testament, il ne se rencontre non seulement aucune allusion directe à la lèpre (éléphantiasis des Grecs), mais même pas le moindre indice qu'elle fût connue aux temps bibliques » ; et nous ne croyons pas, comme le veulent Dubreuilh et Bargues (2), qu'en dénommant « lèpre » à la suite de Constantin de Carthage la Λέπρα des Septante et de Flavius Josèphe, et par conséquent la çaraâth, on ne fasse qu'artificiellement et entièrement « d'une identité de mots, une identité de maladie ». Ce ne peut être que pour une maladie extrêmement grave, sans doute fréquente et considérée comme contagieuse, que le Deutéronome (XXIV, 8) édicte son énergique et péremptoire prescription : « Garde-toi du *négâ de la çaraâth*, prends garde d'observer soigneusement tout ce que les Cohaiyn et les Leviyim vous enseigneront ; tout ce que je leur ai prescrit,

(1) RICORD, *Lettres sur la syphilis*, 1856, 11e lettre, p. 130.

(2) W. DUBREUILH et A. BARGUES, La lèpre de la Bible (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, t. III, 1914-1915, p. 625).

## VARIÉTÉS *(Suite)*

prenez garde de l'observer. Souviens-toi de ce que Yahvéh ton Dieu a fait à Miryam pendant votre voyage à votre sortie d'Égypte. »

Enfin, un dernier argument, le plus irréfutable, que nous avons gardé pour conclusion, prouve définitivement que *çaraâth* signifie bien « lèpre », c'est ce que nous dit d'une façon lapidaire le traité *Yebamoth* 65[b] : « *Icha râa çaraâth le-bâalah.* Une méchante femme est une lèpre pour son mari ». Dans ce misogynique anathème il ne peut être question d'un simple prurigo.

***

*P.-S.* — Aux toutes dernières nouvelles médicales, M. le ministre de l'Hygiène et autres lieux a lancé une circulaire pour ordonner l'application du décret prescrivant la déclaration obligatoire de la lèpre... Saluons. Notre administration — non moins sacro-sainte que celle des Cohaniym — n'est en retard sur celle-ci que de quelque trente siècles.

## ÉCHOS

### Pour qu'on donne aux voitures des médecins un signe distinctif.

MM. les Conseillers municipaux de Paris viennent de recevoir la lettre circulaire ci-dessous :

« Monsieur le Conseiller,

« Les difficultés sans cesse croissantes de la circulation à Paris ont obligé M. le Préfet de police à prendre un certain nombre de mesures qui ont nettement amélioré la vitesse des moyens de transport à la surface. Mais, pour être efficaces, ces mesures doivent être appliquées très strictement, ce à quoi s'efforcent les gardiens de la paix.

« La profession de médecin ne s'accommode pas toujours d'un règlement étroit : les confrères possédant une voiture automobile et exerçant à Paris ont maintes fois l'occasion d'être gênés dans l'exercice de leur profession, lorsqu'il leur arrive — à leur corps défendant — de ne pas observer ce règlement. Je me permets de vous signaler trois faits récents et personnels, et je suis persuadé que de tels exemples pourraient être renouvelés à l'infini dans le corps médical parisien :

« *a.* Ayant à faire un accouchement à Vincennes, je passais, avec ma garde que j'étais allé chercher, rue de Rivoli. L'urgence de l'appel m'obligeait à une vitesse relative, qui cependant n'excédait pas 30 kilomètres à l'heure, lorsque devant le Louvre je traversai sans ralentir un passage clouté sur lequel il n'y avait personne et sur lequel personne ne s'apprêtait à s'engager. Le

## ÉCHOS *(Suite)*

règlement est formel : je n'avais pas ralenti ; sifflet, arrêt, contravention (167 francs). Heureusement, je suis arrivé à temps pour mon accouchement.

« *b.* Je fis arrêter ma voiture boulevard Beaumarchais à l'époque où on y effectuait des travaux. Je soignais dans la maison un cardio-rénal à qui je faisais ce jour-là une ponction pleurale. Le trocart de Dugué était en place et j'avais retiré environ 1 litre et demi de liquide, lorsque deux agents me firent prévenir par le concierge que ma voiture ne devait pas stationner devant la maison et que j'aie à la déplacer immédiatement. Comme il m'était impossible de bouger, je fis répondre par la bonne que je ne pourrais descendre avant une demi-heure, ce qui mit les deux gardiens de fort mauvaise humeur. Cependant, en arrivant dans la rue, une explication rapide et calme put les convaincre de la pureté de mes intentions.

« *c.* Peu de temps après, je fis une visite à une jeune maman, rue Sainte-Anne. Je ne pensais pas rester longtemps, mais, après l'avoir examinée, elle me demanda de voir son bébé. Ma visite se prolongea, un gardien se trouvait près de ma voiture et m'apprit que j'avais passé auprès de ma cliente quarante minutes, alors que le stationnement autorisé à cet endroit n'est que de trente minutes. Je lui expliquai la cause de mon retard, je lui fis remarquer que la rue étant à peu près déserte (il était 7 heures du soir), ma voiture ne gênait personne ; je n'arrivai pas à l'attendrir et j'eus ma coutravention (167 francs).

« Ne croyez-vous pas, monsieur le Conseiller, que non seulement des faits précis, comme ceux que je viens de signaler, mais encore de nombreux heurts pourraient être évités, qui sont dus à l'énervement des gardiens de la paix, postés pendant de longues heures aux carrefours embouteillés, et à la nécessité pour les médecins de se déplacer rapidement d'un bout à l'autre de la capitale ?

« Il suffirait d'identifier les voitures des médecins exerçant à Paris. Une plaquette rectangulaire de 4 centimètres sur 5 centimètres environ, émaillée, avec une croix rouge et l'estampille de la préfecture de police, placée sur la vitre avant de la voiture, permettrait de reconnaître rapidement la qualité du propriétaire. Cette marque de reconnaissance aurait pour but d'éviter à l'égard d'une profession « d'utilité publique » l'application trop étroite d'un règlement toutes les fois où elle n'entraînerait pas une gêne pour l'ensemble de la circulation.

« En faisant aboutir cette proposition, je suis tout à fait certain que vous rendrez grand service à nos confrères parisiens, en même temps qu'à nos malades, et à l'avance, je vous en remercie.

« Veuillez croire, monsieur le Conseiller, à l'expression de mes sentiments les meilleurs.

« Dr RICHARD KOHN. »

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

*Séance du 13 mai 1931.*

**Eczéma et régime. Quand et comment le prescrire?** — MM. G. Leven, Paul Blum et Roland Leven montrent l'importance du régime alimentaire dans le traitement de l'eczéma. Le régime doit être prescrit dans tous les cas où l'on constate des phénomènes dyspeptiques même légers ou des erreurs de diététique portant généralement sur l'excès des liquides (même l'eau) et l'abus du pain.

Ce régime *ne tend pas à supprimer* de l'alimentation les produits vis-à-vis desquels l'organisme est sensibilisé comme il est classique de le faire, mais à désensibiliser le malade en *calmant l'irritation du plexus solaire*, facteur important du déséquilibre neuro-endocrinien.

Il est intéressant de constater que le régime à lui seul permet d'améliorer considérablement ou de guérir des eczémas dont l'étiologie paraît devoir être rattachée à une irritation professionnelle.

**Intoxication aiguë simultanée par les barbituriques, l'aconit et l'iode (guérison). Considérations d'ordres clinique et thérapeutique.** — MM. P. Chéramy et André Tardieu font connaître l'histoire clinique d'une femme de vingt-six ans, psychopathe anxieuse qui, au cours d'un raptus, ingéra successivement 1gr,50 de butyl-éthylmalonylurée, 5 grammes de teinture d'aconit napel et 8 centimètres cubes environ de teinture d'iode. Le tableau clinique fut, tout au long de l'évolution (quatre à cinq jours), exclusivement celui de l'aconitisme aigu (excitation psychique avec lucidité, sans délire, contractions spasmodiques très douloureuses du pharynx avec œsophagisme, troubles phonatoires et surtout bradycardie (48) avec angoisse précordiale et sensation d'arrêt brusque du cœur). Aucun signe de barbiturisme autre qu'un état ébrieux transitoire. Aucune séquelle digestive imputable à l'ingestion d'iode.

Cette femme ayant absorbé une dose largement mortelle d'aconit, les auteurs se sont demandé si le barbiturique ou l'iode n'était pas cause de la guérison. Expérimentalement, chez le cobaye, ils ont pu mettre en évidence que l'ingestion de phényléthylmalonylurée, douée d'un pouvoir anticonvulsivant remarquable, permet à l'animal de supporter des doses d'aconit qui, sans elle, se révèlent constamment mortelles. Mais il ne s'agit pas d'un antidote véritable, car, à doses plus élevées, les deux toxiques surajoutent leur action nocive.

**Utilisation de l'épicarpe des pomacées comme diurétique et uricolytique.** — M. Decaux, après expériences, démontre que le cidre constitue une médication à la fois diurétique et uricolytique très salutaire. Malheureusement il est bien souvent mal supporté par l'estomac; aussi, après les Drs Brissemoret et Chesnais, l'auteur conseille-t-il l'emploi de l'épicarpe des pomacées, et particulièrement de la pomme, dans les syndromes précipitants et dans les affections rénales s'accompagnant d'oligurie. Il publie plusieurs observations très démonstratives où la tisane de cet épicarpe prise trois fois par jour pendant une période de trois à quatre semaines s'est montrée d'une efficacité très nette.

Marcel Laemmer

*Séance du 10 juin 1931.*

**Sur un cas de méningite ascaridienne.** — M. A. Challamel rapporte un cas de méningite ascaridienne confirmée par l'examen cyto-chimique du liquide céphalo-rachidien.

Les signes cliniques : fièvre, Kernig, parésie faciale et crise de névrite douloureuse des membres inférieurs pouvaient, associés à la formule cytologique, faire penser à un début de poliomyélite.

L'auteur attribue les symptômes à des troubles d'ordre toxique et insiste sur le fait que dans les cas graves d'helminthiase qu'il a observés, les vers étaient expulsés morts et macérés.

Il émet aussi l'hypothèse que l'infestation vermineuse pourrait imprimer aux symptômes observés un caractère de spécificité simulée due à la flore microbienne exaltée occasionnellement.

Enfin, il donne la préférence aux antihelminthiques qui permettent l'expulsion des parasites en vie.

**L'extrait parathyroïdien en thérapeutique gastrique.** — MM. Gaston Durand et Zana rapportent les résultats satisfaisants qu'ils ont obtenus avec les injections sous-cutanées d'extrait parathyroïdien (à l'exclusion de toute autre médication) dans le traitement de certains cas de dyspepsie de longue date, non ulcéreuse, où dominent les sensations quotidiennes de *brûlure épigastrique ou gastro-œsophagienne*. Rappelant les travaux déjà parus sur le traitement de l'ulcère par les injections d'extrait parathyroïdien et les rapprochant des cas particuliers qu'ils rapportent, les auteurs se gardent d'accorder une valeur absolue à la méthode encore à l'étude. Ils opposent seulement, pour la série des malades traités par eux, la suppression assez rapide des troubles dyspeptiques par l'extrait parathyroïdien à l'inefficacité de tous les traitements employés antérieurement chez les mêmes malades.

**Un nouveau sédatif cardio-vasculaire : le valérianate de spartéine.** — MM. Fernand Mercier et Léon-J. Mercier, poursuivant leurs recherches sur les dérivés de la spartéine, présentent un nouveau sel préparé par eux : l'isovalérianate de spartéine chez lequel les propriétés neuro-sédatives de la spartéine sont notablement augmentées par l'introduction de la molécule isovalérianique.

Ils publient un certain nombre d'observations montrant très nettement l'action favorable du valérianate de spartéine dans le traitement de toutes les algies cardiaques, pseudo-angors, angors, palpitations douloureuses, dans les troubles fonctionnels des affections cardiaques et cardio-vasculaires : tachycardie, arythmie extrasystolique, ainsi que dans plusieurs cas d'hypertension spasmodique compliquée de réactions douloureuses et d'insomnie.

**Les goitres exophtalmiques avec adénopathies cervicales. Leur traitement par la radiothérapie pénétrante.** — M. Juster attire l'attention des thérapeutes sur l'association maladie de Basedow et adénopathies cervicales, qu'il a observée surtout chez des malades âgées de plus de cinquante ans. La radiothérapie pénétrante lui a donné de bons résultats.

L'intérêt étiologique et thérapeutique de ce syndrome

# SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

peu connu des auteurs classiques, goitre exophtalmique et adénopathies cervicales, mérite d'être mis en relief.

**Les accidents de sensibilisation au cours du traitement insulinien, leur pathogénie, déductions pratiques.** — A. CADE, PH. BARRAL et J. ROUX (de Lyon). — Il peut exister des accidents anaphylactiques dus à l'insuline, et ce sont les insulines les moins purifiées qui donnent ces accidents. Toutefois, même les insulines très pures peuvent les provoquer.

Aussi, pratiquement, en cas de traitements prolongés sera-t-il nécessaire d'utiliser les insulines les mieux purifiées.

MARCEL LAEMMER.

## SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

*Séance du 4 juin 1931.*

**Un cas d'encéphalite accompagné de paraplégie au décours d'une fièvre typhoïde ostréaire chez une vaccinée.** — MM. P. HILLEMAND, M. LAURENT, J. MÉGARD, J. STEHELIN rapportent l'observation d'une jeune fille de vingt-sept ans, vaccinée, atteinte d'une fièvre typhoïde extrêmement grave, qui, quarante-trois jours après le début de la maladie, présenta les symptômes nerveux suivants :

Délire avec confusion mentale, paralysie des deux droits externes avec un peu de nystagmus, un léger syndrome cérébelleux du membre supérieur gauche, une surdité accompagnée de troubles vestibulaires, une paralysie des membres inférieurs avec gros troubles sphinctérieus et grosses escarres.

Tous ces phénomènes ont rétrocédé, sauf les troubles de la mémoire, qui restent intenses quatorze mois après le début des accidents.

Les auteurs se demandent s'il s'agit d'une encéphalite typhique véritable ou d'une maladie seconde développée à la faveur de la fièvre typhoïde.

La vaccinothérapie antityphique n'a donné aucun résultat.

**Action variable de la picrotoxine sur certaines hypertonies.** — MM. J.-A. CHAVANY et F. THIÉBAUT, en expérimentant l'action thérapeutique de la picrotoxine sur les différents troubles du tonus (du type clinique extrapyramidal), ont noté que ce produit augmente la raideur et surtout le tremblement des parkinsoniens séniles ou post-encéphalitiques. L'injection quotidienne d'un demi ou d'un milligramme a été mal supportée, il a fallu cesser rapidement le traitement sur la demande du malade.

Un spasme de torsion post-encéphalitique a réagi tout différemment. En quelques jours, le spasme tonique des muscles du plan postérieur a diminué ; le malade s'est senti mieux, et a pu se lever et marcher. Les injections ont été biquotidiennes, à la dose de 1 à 2 milligrammes du produit. Les effets ne se sont produits qu'assez tardivement après la piqûre. L'effet du médicament paraît s'épuiser à la longue.

Ces résultats contradictoires sont à rapprocher de ceux obtenus par Froment avec la strychnine.

**Spasme de torsion avec contracture athétoïde intentionnelle et crises douloureuses au niveau du bras gauche chez une tabétique.** — M. GUSTAVE ROUSSY, M[lle] GABRIELLE LÉVY et M. G. CLARY présentent une tabétique de soixante-douze ans, chez laquelle on observe un spasme pronatoire du bras gauche, une contracture athétoïde intentionnelle de ce bras, avec des crises douloureuses et sans aucun phénomène pyramidal. Les troubles de la sensibilité objective ne paraissent pas différents des troubles que l'on rencontre habituellement chez les tabétiques.

Après avoir analysé cette symptomatologie, les auteurs en discutent la pathogénie, et se demandent si la lésion du noyau rouge, qui expliquerait le spasme pronatoire, aurait pu atteindre, en même temps, dans la région sous-optique, les fibres du ruban de Reil et du contingent rubro-thalamique, ce qui expliquerait les phénomènes douloureux concomitants. Ils insistent cependant sur le fait qu'aucune des lésions sous-thalamiques actuellement connues ne paraît répondre à cette symptomatologie complexe.

**Spondylolisthésis avec atteinte des articulations coxo-fémorales et modifications des réflexes tendineux des membres inférieurs.** — MM. ANDRÉ-THOMAS et H. SCHAEFFER. — Un homme de cinquante et un ans présente depuis deux ans des troubles de la marche progressifs, avec démarche en canard, difficulté de se redresser, sans douleurs appréciables dans les membres inférieurs. L'examen montre une ensellure lombaire marquée, avec une dépression au-dessus du sacrum, et une raideur serrée des deux articulations coxo-fémorales.

La radiographie du rachis montre un glissement en avant de la cinquième vertèbre lombaire sur le sacrum, avec aplatissement de la partie postérieure du corps vertébral, et une bascule en arrière du sacrum, ainsi que des becs de perroquet, des ostéophytes très nets.

Ce malade présente, en outre, une abolition des réflexes achilléens, et une diminution marquée des rotuliens. Il est permis de se demander, dans le cas présent, si l'abolition des réflexes tendineux est due à un tiraillement des racines lombo-sacrées, lié à la déformation vertébrale, ou s'il relève d'une cause morbide indépendante de cette dernière, et dont rien ne permet de préciser la nature.

MM. BAUDOUIN, HAGUENAU rappellent que, du moins chez des sujets jeunes, l'opération d'Albee a quelquefois donné de bons résultats dans le spondylolisthésis.

**Tumeur du lobe frontal gauche. Des erreurs de localisation que peuvent entraîner certaines attitudes anormales de la tête.** — MM. CL. VINCENT et J. DARQUIER. — On sait depuis longtemps que des tumeurs frontales peuvent parfois en imposer pour des tumeurs de la fosse postérieure.

Les tumeurs frontales peuvent, en effet, s'accompagner, suivant l'expression de Bruns, « d'ataxie statique », d'attitudes plus ou moins fixées de la tête en hyperextension, d'un tremblement qui paraît augmenter dans les mouvements volontaires, d'incorrection de ces mêmes mouvements dans les épreuves cérébelleuses habituelles Mais il est rare, d'après l'expérience des auteurs, qu'on observe, au cours de leur évolution, l'attitude de la tête en hyperflexion, telle que la présentait la malade qui fait l'objet de cette communication. On comprend que cette attitude ait pu faire penser à une tumeur de la fosse postérieure.

Il est classique, en effet, d'admettre, depuis les travaux de Stewart et Holmes, Stenvers, Marburg, Bartels, Cu-

shing, que les tumeurs de la fosse postérieure sont susceptibles d'entraîner une attitude en hyperflexion avec ou sans inflexion latérale de la tête et du cou. MM. Van Bogaert et P. Martin ont encore récemment insisté sur ce point.

L'observation de la malade présentée montre que l'attitude de la tête en flexion n'a pas une valeur absolue pour permettre de localiser une tumeur à la fosse postérieure, puisqu'elle peut s'observer dans certaines tumeurs frontales. Cette attitude n'a vraiment son importance que si elle est le premier symptôme. Pratiquement, lorsque la chronologie des symptômes est impossible à faire ou incertaine, il vaut mieux ne pas opérer sans faire une ventriculographie. S'il s'agit d'une tumeur postérieure, celle-ci n'est pas grave ; s'il s'agit d'une tumeur frontale, on sauve la vie du malade en n'ouvrant pas la fosse postérieure chez un sujet qui doit être trépané en avant.

Actuellement, six mois après l'opération (ablation aussi complète que possible d'un astrocytome de la deuxième frontale), la jeune femme présentée a repris toutes ses occupations et a l'impression d'une guérison complète.

Malgré la lésion profonde du lobe frontal gauche, il n'y avait aucun trouble du langage.

**A propos de sept cas d'arachnoïdite opto-chiasmatique.** — MM. Cl. Vincent, P. Puech, M. David rapportent les observations de sept malades opérés par eux pour arachnoïdite opto-chiasmatique.

Du point de vue clinique, ils insistent sur les symptômes qui, dans un certain nombre de cas, leur permettent, avant l'intervention, de différencier les arachnoïdites opto-chiasmatiques des tumeurs de la région. Les *signes positifs* sont : 1° le début rapide par une baissl de l'acuité visuelle, sans modifications du fond d'œie (névrite rétro-bulbaire), évoluant assez souvent vers l'atrophie optique du type primitif ; 2° la fréquence et la précocité des scotomes centraux, la rareté de l'hémianopsie temporale typique, s'opposant à l'absence ordinaire ou à l'apparition tardive des scotomes centraux et à la précocité habituelle de l'hémianopsie bitemporale dans les tumeurs de la région hypophysaire ; 3° la possibilité de signes infectieux atténués dans les antécédents, et parfois l'évolution par poussées. — Les *signes négatifs* consistent en l'absence habituelle de tous troubles importants en dehors des signes oculaires : 1° il n'existe pas, en général, dans ces formes pures, de signes persistants de la série hypophyso-tubérienne ; 2° il n'y a pas de modification importante de la selle turcique.

Du point de vue thérapeutique, l'intervention chirurgicale doit être actuellement tentée. Sur sept malades opérés, trois ont été notablement améliorés (chez deux malades, l'acuité est devenue meilleure ; chez un autre, le champ visuel s'est considérablement élargi) ; trois sont restés stationnaires ; le dernier a continué à évoluer.

Du point de vue anatomique et pathogénique, les auteurs pensent que l'arachnoïdite opto-chiasmatique n'est ordinairement pas une manifestation isolée. Néanmoins, à côté des arachnoïdites nettement symptomatiques (des méningites aiguës, des tumeurs cérébrales, de la tuberculose et de la syphilis méningée, par exemple), il existe toute une série de cas où la réaction arachnoïdienne est prédominante et paraît cliniquement isolée. Elle accompagne, d'habitude, une infection atténuée de la région, et s'apparente ainsi à certaines formes de sclérose en plaques, d'encéphalite, d'infections nodulaires encore mal classées.

L'ablation chirurgicale des adhérences arachnoïdiennes qui brident les nerfs optiques et le chiasma est indiquée, dans ces cas d'arachnoïdite localisée : trois malades sur sept ont eu, après intervention, une amélioration notable de la vision.

**Récidive d'une tumeur antérieure de la IVe cervicale.** — MM. Cl. Vincent, Thiébaut et Berdet présentent un malade qui a été opéré, il y a un an, d'une tumeur antérieure à la moelle, située à hauteur de la IVe cervicale. Les accidents ont reparu, avec syndrome de Brown-Séquard. Une nouvelle intervention a permis d'enlever la tumeur antérieure, qui s'était reformée, mais elle a permis, en outre, de suivre, à travers le trou de conjugaison, un prolongement très finement pédiculé de la tumeur, qui se terminait dans une cavité osseuse du corps vertébral, et qui avait été le point de départ de la récidive. Après ablation du nerf radiculaire et du ganglion, la cavité osseuse a été nettoyée par fulguration. Il avait fallu enlever la dure-mère sur les trois quarts de la circonférence de la moelle et la remplacer par du fascia lata. Les suites opératoires ont été cependant fort simples, et le malade était rétabli en quinze jours.

MM. Robineau, Petit-Dutaillis se méfient également des prolongements tumoraux, qui s'engagent souvent dans les trous de conjugaison.

**Syndrome de puberté précoce avec syndrome d'hypertension cranienne. Pas de lésion de la glande pinéale. Tumeurs des tubercules mamillaires.** — MM. Heuyer, J. Lhermitte et Mlle Vogt rapportent l'observation d'un cas de puberté précoce, qui avait commencé à se manifester dès l'âge de quatre ans, et qui avait réalisé un développement génital complet à l'âge de six ans. Une intervention, tentée par M. de Montel, ne permit de découvrir aucune lésion de la glande pinéale. L'enfant étant mort deux jours après l'intervention, l'autopsie permit de constater qu'il s'agissait d'une tumeur des tubercules mamillaires, qui comprimait l'infundibulum et le tuber cinereum.

Ce cas doit être rapproché de récentes observations américaines, dans lesquelles des tumeurs de la glande pinéale avaient évolué sans aucune anomalie du développement génital.

Ces faits complémentaires rendent bien douteuse la valeur de localisation de la puberté précoce dans les tumeurs de la glande pinéale.

**Méningite séreuse. Constatations opératoires.** — MM. Alajouanine et Petit-Dutaillis présentent une femme de vingt-cinq ans, qui a été prise de douleurs à la mobilisation des globes oculaires, puis d'une amaurose qui a réalisé, en trois semaines, une cécité complète. Il y avait une stase papillaire intense. La ponction lombaire avait montré une lymphocytose discrète. Les phénomènes s'étaient développés peu de temps après une grossesse. Une trépanation temporo-pariétale droite permit de constater que le cerveau ne bombait pas, comme il est de règle dans les tumeurs cérébrales. Les circonvolutions étaient pâles, rétractées, avec des sillons élargis et des vaisseaux dilatés. L'intervention décompressive amena

une guérison rapide. Six mois après, la vision est normale, il n'y a plus de stase, et la cicatrice opératoire ne bombe pas.

M. CL. VINCENT relate des observations analogues, dans lesquelles il a eu l'occasion d'intervenir. Dans un cas, il a constaté des placards fibrineux disséminés à la surface des circonvolutions.

**Abcès épidural traumatique tardif.** — MM. ALAJOUANINE et PETIT-DUTAILLIS présentent un blessé de guerre, qui avait reçu, en 1914, une balle dans la colonne lombaire. La balle avait été extraite en Allemagne. Il y avait eu d'abord une paraplégie flasque, qui avait régressé, et qui avait laissé une parésie flasque du membre inférieur droit. La suppuration avait duré un an environ.

Or, quatorze ans après, la paraplégie s'accentua, et devint spasmodique. La ponction montrait un blocage complet et une dissociation albumino-cytologique.

L'intervention fut pratiquée dans l'hypothèse d'une pachyméningite. Or, elle permit de trouver une coque fibreuse, située entre deux lames, et correspondant à la niche ancienne de la balle ; et, plus profondément, un petit abcès franchement extradural. Le pus s'est montré stérile à la culture.

La réunion se fit *per primam*. L'amélioration fut très rapide. En un mois, la paraplégie était revenue à son état primitif. Le pronostic éloigné reste réservé.

**Médullo-épithéliome du lobule paracentral.** — MM. O. CROUZON, D. PETIT-DUTAILLIS, J. CHRISTOPHE et I. BERTRAND présentent une malade, chez laquelle, après plusieurs crises jacksoniennes, apparut une monoplégie crurale dissociée d'origine corticale. L'intervention découvrit une tumeur gliomateuse du lobule paracentral droit. L'extirpation fut suivie d'une amélioration des troubles moteurs. L'examen histologique révèle une variété très rare de tumeur du type médullo-épithéliome, de gravité pronostique toute particulière.

**Tumeurs bilatérales de la région de l'angle ponto-cérébelleux.** — MM. GEORGES GUILLAIN, P. SCHMITE et I. BERTRAND rapportent l'observation d'un malade chez lequel un ensemble de signes cliniques permettait de penser à des tumeurs bilatérales de la région de l'angle ponto-cérébelleux. L'autopsie montra, en effet, deux volumineuses tumeurs symétriques du type des fibro-gliomes. Ils insistent sur ce fait que ces deux volumineuses tumeurs n'ont provoqué, durant une longue période de leur évolution, qu'un minimum de symptômes. Ils attirent aussi l'attention sur ce que, contrairement à la plupart des cas relatés dans la littérature neurologique, ces deux tumeurs bilatérales de la région de l'angle ponto-cérébelleux trouvées à l'autopsie de leur malade ne s'accompagnaient d'aucune autre tumeur sur les nerfs craniens ou sur les racines rachidiennes, ni d'aucune manifestation de la neurofibromatose généralisée.

**Syndrome adiposo-génital d'origine infundibulaire.** — MM. J. LHERMITTE et KYRIACO présentent une femme de trente-sept ans, qui présenta un syndrome adiposo-génital avec diabète insipide, sans troubles oculaires ni modification radiologique de la selle turcique. Cette femme est syphilitique et la réaction de Bordet-Wassermann de son sang est restée positive malgré un traitement intensif. Cette malade avait, en outre, une légère polyglobulie (5 300 000). Le lobe postérieur d'hypophyse n'agissait pas en injection sur la polyurie, mais, en poudre à priser, il inhibait très nettement la diurèse.

M. CL. VINCENT fait priser de la poudre de post-hypophyse à tous ses opérés de la région hypophysaire.

**Syndrome vestibulo-spinal et artérite vertébrale.** — M. J. BARRÉ présente les pièces anatomiques d'un de ses cas de syndrome vestibulo-spinal. Les centres nerveux n'ont pas encore été examinés, mais l'artère vertébrale, dans son trajet cervical, présente des lésions d'artérite, qui pourraient expliquer des lésions ischémiques du tronc cérébral, analogues à celles de l'« hémiplégie progressive par artérite à distance », décrite par M. de Massary.

J. MOUZON.

*Séance du 2 juillet 1931.*

**Atrophie musculaire progressive, sans cause connue, chez un enfant de onze ans.** — MM. L. BABONNEIX et A. MIGET présentent un enfant de onze ans, chez lequel, depuis quatre ans, est survenue progressivement une atrophie musculaire qui, après avoir débuté par les membres inférieurs, a gagné le tronc, puis les membres supérieurs et s'accompagne d'amyotonie. Quelle en est la cause? On peut éliminer facilement un certain nombre d'hypothèses, — atrophie Charcot-Marie, myotonie atrophique, névrite interstitielle, — pour s'arrêter, avec réserves, à celui de myopathie du type Leyden-Möbius avec myatonie.

**Névraxite bulbo-spinale zostérienne, atteinte combinée de $C_1$, du Ve nerf cranien, du XIe et du XIIe.** — MM. FAURE-BEAULIEU, MATHIEU et CORD présentent un malade atteint d'un zona banal de la première paire cervicale gauche, auquel s'associent des troubles sensitivo-moteurs aberrants dans le domaine de quelques nerfs craniens : cliniquement, il existe une paralysie de l'hémilangue et une hémi-anesthésie de la langue dans le territoire du lingual, auquel, d'ailleurs, s'est étendue l'éruption ; l'examen électrique montre, en outre, une R. D. partielle du trapèze et des modifications légères de la contractilité du voile du palais.

Les auteurs font remarquer qu'une telle association symptomatique ne peut se rapporter qu'à une lésion centrale qui intéresse le premier segment cervical, les noyaux voisins de l'hypoglosse et du spinal, et la racine descendante du trijumeau à son extrémité inférieure. Seule, une névraxite bulbo-spinale zostérienne peut rendre compte de la répartition topographique des troubles nerveux.

Ce cas apporte donc un argument clinique probant en faveur de la théorie centrale, névraxique, du zona.

M. J. LHERMITTE insiste sur l'importance des lésions médullaires du zona, qui l'emportent quelquefois sur les lésions ganglionnaires. Bien que les paralysies post-zostériennes guérissent généralement, il a vu persister depuis des années une paralysie zostérienne des muscles abdominaux.

*(A suivre.)* J. MOUZON.

# REVUE DES CONGRÈS

## JOURNÉES MÉDICALES COLONIALES

*22 juillet-1er août 1931.*

## SÉANCE D'OUVERTURE

### Lutte contre la maladie du sommeil.

**La lutte contre la maladie du sommeil au Cameroun.**— M. JAMOT. La méthode prophylactique qui est en œuvre au Cameroun a pour premier objectif de maîtriser les foyers en détruisant le réservoir de virus en circulation. Elle se propose en second lieu de guérir tous les malades curables.

La recherche des malades est l'acte fondamental de la prophylaxie. Elle est faite par des équipes de prospection qui sont toujours dirigées par des médecins.

Les malades sont ensuite soignés par l'association des substances trypanocides les plus actives : l'atoxyl, l'émétique d'aniline, le novarsénobenzol, le moranyl et la tryparsamide.

La connaissance de la réaction méningée ne paraît pas indispensable pour prescrire le premier traitement.

L'action prophylactique est contrôlée par l'examen du sang.

Sous l'influence du traitement, *les index de morbidité nouvelle et de virus en circulation* régressent plus ou moins rapidement : ce sont les deux pierres de touche de l'efficacité de l'intervention médicale.

Toutes les régions contaminées ont été visitées. Les limites des foyers ont été déterminées. Tous les malades dépistés ont été énergiquement traités.

Dans tous les foyers le fléau recule, ce qui ne veut pas dire qu'il est partout vaincu. Il existe en effet des zones de résistance où le mal se défend très vigoureusement et même quelques points où il reprend l'offensive.

La lutte n'est donc pas finie, mais nos gains sont déjà considérables.

Dans plusieurs régions naguère très infectées, le trypanosome est devenu une rareté. Les grands sommeilleux disparaissent graduellement. La mortalité par trypanosomiase a diminué considérablement et son taux est souvent inférieur à celui de la mortalité générale dans les régions indemnes. La natalité augmente parallèlement et l'équilibre démographique, rompu par l'infection, se rétablit tout doucement.

La maladie du sommeil n'est donc plus au Cameroun un facteur important de mortalité, de dénatalité et de dépopulation.

**Lutte contre la maladie du sommeil. Résultats obtenus en A. E. F.** — M. A. SICÉ. Le 25 octobre 1906, une mission d'études de la maladie du sommeil, organisée à la demande de M. Gentil, par MM. les Dr Roux, Le Myre de Villers, le Dr Kermorgant, inspecteur général du Service de santé des colonies, s'embarquait à destination du Congo Français. Elle était composée de MM. Gustave Martin et Lebœuf, médecins des troupes coloniales, Roubaud, agrégé des sciences naturelles, Weiss et Muny.

Les travaux de la mission, effectués de 1906 à 1909, ont été publiés dans l'ouvrage intitulé : *Rapport de la Mission d'études de la maladie du sommeil au Congo Français.*

L'Institut Pasteur de Brazzaville fut créé, en 1910, succédant à la mission d'études, dans le but de continuer ses travaux et recherches. Collaborant avec l'inspection générale des Services sanitaires de l'A. E. F., l'Institut Pasteur participa à la formation des secteurs de prophylaxie dirigés, chacun, par un médecin aidé d'infirmiers indigènes, d'agents sanitaires européens, d'hygiénistes.

Le but de ces secteurs était de dépister les trypanosomes, d'établir l'indice de morbidité, de stériliser la circulation sanguine de ces malades, de détruire les gîtes des agents de transmission du virus (glossines, moustiques). Il existe actuellement 28 secteurs ; tous les médecins affectés en A. E. F. collaborent à ce service ; un médecin, inspecteur mobile, établit la liaison entre les secteurs. En outre, dans ces toutes dernières années, des centres de traitement, hospitalisant les trypanosomés, ont été créés dans chacun des secteurs, à la suite des résultats obtenus à Brazzaville, où la morbidité annuelle se maintient, depuis huit ans, au-dessous de l'unité, tandis que la mortalité tombait de 36 p. 100 à 12 p. 100.

Dans toute l'A. E. F., en 1929, 830 448 indigènes ont été vus ; la morbidité totale atteint 3,99 p. 100, avec 1,29 p. 100 de contaminations nouvelles.

La thérapeutique repose sur l'emploi de l'atoxyl, de l'émétique, du 270 Fourneau (Orsanine), du moranyl, pour le traitement des malades en première période ; de la tryparsamide, de l'orsanine, du tryponarsyl, dès que les centres nerveux sont lésés.

La trypanosomiase, avec ces mesures, a cessé d'être un danger pour l'avenir économique de l'A. E. F.

**Résultats obtenus en A. O. F.** — M. ROBINEAU.

**Trypanosomiase dans les colonies portugaises d'Afrique.** — M. KOPKE (de Lisbonne).

**Sur certaines tendances des recherches consacrées à la thérapeutique chimique des trypanosomiases expérimentales.** — M. L. LAUNOY fait une synthèse rapide des méthodes cliniques adoptées depuis le commencement du siècle, dans le traitement des trypanosomiases humaines et animales. Les insuccès du début ont abouti, dans la thérapeutique des trypanosomiases, à l'association de corps appartenant à des groupes chimiques différents. C'est la méthode « d'association médicamenteuse ». Dans cette pratique, les médicaments employés sont injectés alternativement. L'auteur qualifie ce procédé de stérilisation discontinue ou de tyndallisation. Malgré la découverte, dans ces dernières années, de produits chimiques plus actifs, les méthodes thérapeutiques n'ont pour ainsi dire pas varié depuis le commencement du siècle. L'auteur fait remarquer que dans l'association médicamenteuse, procédé tout à fait intéressant, le terme *association* implique non pas une polythérapie *alternante* comme la réalise la pratique actuelle, mais une polythérapie « simultanée ». Il cite en exemple les résultats obtenus par lui et ses collaborateurs dans le traitement de l'infection à *Tr. Congolense* de la souris, où l'association de 309 et d'un composé antimonié, à doses inefficaces par elles-mêmes, conduit néanmoins à la stérilisation de souris infectées. De telles associations réalisent ce que l'auteur appelle des *synergies médicamenteuses*. Il estime que l'étude de ces dernières peut conduire à l'établissement de nouvelles techniques thérapeutiques.

M. le professeur WARRINGTON YORKE (de Liverpool), prend part à la discussion qui suit.

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

## Maladies cutanées (spécialement lèpre) et syphilis dans les pays chauds.

**Le traitement et la prophylaxie de la lèpre aux Colonies.** — M. le médecin lieutenant-colonel STEVENEL. 1° *Traitement.* — Des très nombreux traitements essayés contre la lèpre, ceux à base de chaulmoogra sont les seuls à avoir donné des résultats indubitables. L'huile de chaulmoogra a une valeur thérapeutique variable parce qu'elle provient de plusieurs espèces de Bixacées. Son action dépendrait aussi de la façon dont elle est assimilée, d'où l'emploi de mélanges, d'émulsions et de dérivés et éthers éthyliques plus assimilables. Le principe actif ne serait pas les acides gras chaulmoogriques pas plus que les éthers éthyliques de ces acides.

L'auteur cite une partie de son travail (*Bull. de la Soc. de pathol. exotique*, n° 5, 1929) concluant que le principe actif provient exclusivement du tégument dur des graines et que l'huile doit être extraite après broyage des amandes avec le tégument dur. Les léprologues disposeraient alors, dans l'émulsion aqueuse, d'un médicament dont l'efficacité contre la lèpre serait comparable à l'efficacité du mercure contre la syphilis.

Le traitement hygiénique et tonique de la tuberculose doit être appliqué à la lèpre ; action néfaste des régimes trop acides.

2° *Prophylaxie.* — La lèpre n'est pas inoculable à l'homme dans les conditions habituelles de l'expérimentation, mais cependant contagieuse, parce qu'elle aurait besoin d'un terrain approprié sensibilisé par d'autres affections et des inoculations répétées par un insecte ubiquitaire.

L'hérédité serait exceptionnelle comme dans la tuberculose. Le lépreux est seul réservoir à virus. Un isolement rigoureux mais inhumain de tous les lépreux jusqu'à leur mort a donné des résultats au moyen âge, mais la séquestration moderne non stricte dans des léproseries-prisons a eu des effets peu satisfaisants. Les mesures de prophylaxie contre la lèpre ne doivent pas être plus cruelles que celles préconisées contre la tuberculose plus contagieuse et plus meurtrière et doivent être analogues : dépistage, traitement assuré, dispensaires, préventoriums, sanatoriums, visiteurs de prophylaxie, placement préventif des enfants, etc. Les léproseries-prisons doivent disparaître.

Des établissements d'hygiène et de prophylaxie pourraient assumer aux colonies la prophylaxie contre toutes les maladies transmissibles y compris la lèpre, à l'exemple du Préventorium colonial et de l'Institut d'hygiène et de prophylaxie de la Martinique dont le principe est excellent et dont l'idée mérite d'être reprise et poursuivie.

**La lèpre et la Société des Nations.** — M. E. BURNET (de Tunis). La lèpre est une des maladies dont s'occupe le Comité d'hygiène de la Société des Nations, non comme une Société médicale ou une institution scientifique, mais avec les méthodes qui lui sont propres, dans le but de rapprocher les léprologistes, de les aider à collaborer par des échanges de personnel et de matériel, de faire étudier les questions pratiques par des réunions d'experts et de recommander les conclusions aux Gouvernements et aux administrations d'hygiène publique ; en un mot, dans l'esprit de l'hygiène internationale.

La Commission de la lèpre a d'abord chargé son secrétaire, le Dr Et. Burnet, de faire une enquête personnelle et directe dans la plupart des pays à lèpre du monde entier. Un rapport sur cette enquête a été publié en 1930, après avoir été approuvé par la Commission, dont il détermine le champ d'action et l'opinion sur les questions principales, entre autres la ségrégation et le traitement.

La Commission s'est réunie en conférence en décembre 1930, à Bangkok, en même temps que le VIIIe Congrès de la Société de médecine tropicale de l'Extrême-Orient. Cette conférence a préparé la création de deux nouveaux centres internationaux d'étude de la lèpre, l'un au Brésil, l'autre au Japon, sous les auspices de la Société des Nations. Elle a rédigé son premier rapport « Principes de la prophylaxie de la lèpre », qui a été adopté par le Comité d'hygiène et publié en octobre 1931.

Les membres de la Conférence de Bangkok ont fait partie de la Conférence de la lèpre réunie à Manille en janvier 1931 par la Fondation américaine « Leonard Wood Memorial for the Eradication of Leprosy ». Cette conférence a continué le travail commencé à Bangkok, en étudiant surtout les questions techniques. Son rapport a été publié dans le numéro d'avril 1931 du *Phillippine Journal of Science.*

Le programme de la Commission de la lèpre de la Société des Nations comporte maintenant : la publication d'un répertoire-annuaire de la lèpre ; l'unification des documents cliniques et statistiques employés par les léprologistes et les services d'hygiène ; l'essai de standardisation des remèdes tirés du chaulmoogra ; des études scientifiques dans les Centres internationaux d'études, surtout en vue du traitement et de la prophylaxie.

La Conférence de Manille a envoyé un appel aux léprologistes du monde entier pour la fondation d'une Société internationale de la lèpre qui aura pour organe une Revue internationale de la lèpre. Elle a proposé des statuts et un bureau provisoire.

Après avoir parlé comme représentant de la Société des Nations, le Dr Burnet a parlé en Français ; il a exprimé sa confiance en ses compatriotes pour collaborer à l'œuvre internationale entreprise par le Comité d'hygiène pour la prophylaxie de la lèpre ; il a montré la part brillante qu'ont toujours prise à ces études les médecins de notre corps colonial. Noblesse oblige : la France est obligée par sa situation de grande puissance coloniale, et la prophylaxie de la lèpre est l'une des pierres de touche les plus sensibles de l'œuvre d'une nation dans l'hygiène coloniale.

**Prophylaxie de la lèpre au Brésil et en Argentine.** — M. Raoul BESNARD (de Bruxelles).

**Lèpre dans l'Inde portugaise.** — M. FROILANO DE MELLO (de Goa).

**Etude sur le bacille de Hansen. Essais de culture.** — MM. VAUDREMER, A. SÉZARY et Mlle C. BRUN. — Pendant trois ans, les auteurs ont cherché à savoir si le bacille lépreux, dont on connaît les rapports étroits de forme et de colorabilité avec le bacille de Koch, se comportait comme celui-ci, s'il était soumis à l'action des cultures filtrées d'*Aspergillus fumigatus.* L'un des auteurs a montré, en effet, que certaines souches de bacilles tuberculeux immergées dans des extraits filtrés d'*Aspergillus fumigatus* acquéraient la propriété de pousser ensuite sur gélose comme une bactérie banale.

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Les auteurs de la présente note ayant traité le bacille de Hansen de la même façon, ont vu que le sang d'Hansé-niens ensemencé dans le liquide A. F. filtré donnait naissance à des formes ramifiées et portant sur leurs ramifications des granules acido-résistants. Ces formes, repiquées trois fois de suite avec succès, n'ont pas poussé dans les ensemencements sur gélose.

Les ensemencements faits dans le même milieu, avec des lépromes de la peau, prélevés purement, ont donné des cultures tardives de germes granulaires non acido-résistants, qui dans les conditions expérimentales où les auteurs se sont placés, ont acquis l'acido-résistance. Ces formes acido-résistantes ont été agglutinées par le sérum de lépreux et ne l'ont pas été par le sérum d'individus non lépreux.

Les auteurs, avec la prudence qui convient à un sujet aussi difficile, se sont abstenus d'être affirmatifs, mais ils ont fait remarquer que la technique rigoureuse suivie par eux, les contrôles qu'ils ont faits de leurs expériences et le fait de l'agglutination par les sérums de lépreux des germes qu'ils ont décrits, permettraient de penser que ces germes pourraient bien être des formes non acido-résistantes du bacille de Hansen. Ces expériences, commencées depuis trois ans, sont actuellement poursuivies.

**Les formes de la syphilis indigène.** — M. LACAPÈRE. La syphilis indigène, qui se ressemble étroitement en Afrique et en Extrême-Orient, évolue d'une façon très différente de la syphilis qu'on observe chez l'Européen.

La *période primaire* présente chez l'indigène trois grands caractères : le chancre est ordinairement méconnu, il est souvent extra-génital et il fait son apparition au cours de la première ou de la seconde enfance.

La *période secondaire* nous permet de suivre la transformation sur place des lésions qui, d'abord maculeuses, deviennent papuleuses et souvent ulcéreuses. Les rémissions, si normales dans la syphilis européenne, manquent complètement dans la syphilis indigène. La transformation *in situ* des lésions nous montre une *phase secondo-tertiaire* qui s'observe régulièrement chez l'indigène, faisant la transition entre la période secondaire et la période tertiaire.

La *période tertiaire* se caractérise surtout par des lésions cutanées, muqueuses ou osseuses. Les lésions viscérales ou nerveuses sont exceptionnelles. Les syphilides cutanées prennent le plus habituellement la forme ulcéreuse ou ulcéro-croûteuse, le voile du palais est souvent perforé, parfois détruit, l'ostéite et l'ostéomyélite gommeuses sont fréquentes.

Il se produit des formes régionales mixtes à évolution tout à fait particulière : telles les gommes médio-frontales et la syphilis ulcéreuse du centre de la face dont l'auteur projette une série de photographies.

Malgré ses tendances mutilantes, la syphilis indigène demeure bénigne, car elle respecte les viscères et arrive souvent à guérir spontanément.

Il ne semble pas que le virus indigène diffère du virus européen et sa tendance dermotrope ou neurotrope est beaucoup plus le résultat du traumatisme répété atteignant les téguments, les os ou les centres nerveux, que le fait d'une différence de variété. L'évolution des syphilis contractées par les Européens à une source indigène appuie cette conception ; c'est le terrain et non la graine qui règle l'évolution de la syphilis.

**Prophylaxie et traitement de la syphilis aux colonies.** — M. Marcel LÉGER. Il n'y a pas une syphilis européenne et une syphilis exotique, il y a une seule infection due au même agent pathogène. De même, il n'y a pas une prophylaxie rationnelle et un traitement contrôlé qu'on doit toujours tendre à appliquer en s'adaptant aux mœurs et aux conditions de vie des indigènes.

Dans l'organisation de la lutte, les moyens accessoires mis en œuvre dans les pays d'Europe ne doivent certes pas être laissés de côté (instruction de la population, propagande, etc.) ; mais les résultats à en attendre sont encore plus incertains. La *prophylaxie par le traitement* demeure la poutre maîtresse de l'édifice à construire. On y parviendra :

1° En multipliant les *dispensaires* ;

2° Par la création, en nombre suffisant, de *laboratoires* confiés à des techniciens avertis ;

3° Par l'application de modes scientifiques de diagnostic et de traitement. Le Wassermann, bien manié, a rendu de grands services, mais il est, par essence, surbordonné à des facteurs biologiques dont les variations ne peuvent être prévues, surtout aux colonies. Logiquement, il cède le pas à la *réaction de Vernes*, d'ordre purement physique, à l'abri de toute cause d'erreur et qui permet, par un résultat chiffré de 0 à 150, la mesure de l'infection.

Possédant le moyen de connaître le degré d'infection du syphilitique (sang et liquide de ponction lombaire), le médecin peut le traiter jusqu'à guérison, en observant les règles fondamentales de la *syphilimétrie* :

1° *Traitement continu*, sans arrêts. Les cures de « blanchiment » sont très dangereuses et pour l'individu et pour la société.

2° *Traitement contrôlé* sérologiquement de façon précise et serrée. Seuls, les médicaments efficaces seront administrés et pendant le temps qu'il faut (notions de résistance individuelle et d'usure des médicaments).

3° Le traitement ayant été jugé suffisant, faire toujours la preuve que l'infection est réellement éteinte (règle des huit mois de Vernes).

**Syphilis et pian.** — M. TOULLEC. Les rapports entre la syphilis et le pian ont de tout temps préoccupé l'opinion médicale. Les tréponèmes de CASTELLANI et de SCHAUDINN sont morphologiquement identiques ; les épreuves d'immunité croisée, récemment reprises au laboratoire de Manille, sont en faveur d'une immunité de groupe ; les réactions sérologiques dans le pian donnent des résultats parallèles à ceux obtenus dans la syphilis. D'où l'hypothèse d'une source nosologique commune. Cependant, les différences s'établissent dès la période primaire : le chancre pianique présente des caractères nettement opposés à ceux du chancre syphilitique. Les lésions secondaires du pian, par leur aspect framboesiforme, s'offrent avec un monomorphisme typique qui s'oppose au polymorphisme de la syphilis secondaire. Les lésions tertiaires du pian (gommes, ulcères, ostéites) paraissent devoir être admises ; par contre, le goudron, le gangosa, les nodosités juxta-articulaires ne sont que des syndromes communs à plusieurs maladies. Le pian quaternaire est douteux ; il n'est signalé comme possible qu'aux îles Fidji, à Samoa, à Haïti... Le pian héréditaire n'est

pas démontré. Les conditions climatiques, raciales, géographiques, historiques n'apportent que des interprétations hypothétiques.

En résumé, pian et syphilis doivent, en clinique, comme en épidémiologie, être considérés comme deux entités morbides nettement distinctes.

**Etudes expérimentales de la relation entre la pellagre et l'avitaminose.** — M. HARVEY S. THATCHER (d'Arkansas). La pellagre a été étudiée avec beaucoup d'attention, au point de vue du régime, depuis les inondations de 1927 et la sécheresse de 1930 dans le Sud des Etats-Unis, époque où bien des cas de cette maladie se déclarèrent.

Une observation des symptômes pellagriques chez le rat albinos fut faite par nous avec le régime sans vitamine G, avec l'aide de M. le Dr Barnett-Sure et de Mlle Dorothy Walker. 64 animaux furent observés avec ce régime et 32 autres au régime normal furent également observés. 27 sur les 64 développèrent de la dermatite. De l'ophtalmie, de l'arrêt de la croissance et du poids furent aussi constatés. Des variations, suivant les saisons, furent observées avec la dermatite.

Les principaux changements pathologiques trouvés à l'œil nu ou au microscope furent l'alopécie, l'ulcération de la peau avec hyperkératose et parakératose, atrophie de la rate et du thymus, foie gras, hémorragie et congestion des intestins. Un peu plus tard, le Dr Sure observa encore 61 rats albinos avec un régime sans vitamine G et conclut que les facteurs de croissance et les vitamines appelées antipellagriques n'étaient pas identiques.

Nous croyons, d'après les expériences de notre laboratoire, que le manque de vitamine G ne nous apporte pas une conclusion évidente de l'étiologie de la pellagre.

Les expériences de MM. les Drs Jobling et Arnold, qui trouvèrent un fongus avec propriétés photodynamiques dans les selles des pellagriques, doivent être reprises.

## Maladies communes à l'homme et aux animaux.

**Les maladies infectieuses et parasitaires des animaux transmissibles à l'homme dans les colonies.** — M. le professeur L. PANISSET (Alfort). La transmission à l'homme des maladies des animaux procède plus souvent de la méconnaissance des règles de l'hygiène que des exigences de la vie pastorale. Le *charbon* est la maladie la plus répandue ; sa prévention repose sur les moyens de la lutte contre l'infection des animaux, exclusivement par la vaccination des troupeaux.

La *rage* est répandue dans toutes nos colonies, même en A. O. F. ; des instituts antirabiques pourvoient aux besoins ; la vaccination des chiens est largement pratiquée au Maroc et en Algérie.

Les *tuberculoses* animales sont rares ; sauf exception, elles ne constituent pas un danger pour l'homme.

Le *kyste hydatique*, le ténia solium, le ténia inerme, sont trop communs. Il est difficile de lutter contre l'infection animale, qui est à l'origine de la contamination, mais sa connaissance permet d'instituer des mesures préventives : destruction des viscères parasités dans les lieux d'abatage des animaux de boucherie, réduction du nombre des chiens, protection et destruction des matières excrémentielles ; inspection et cuisson des viandes.

Le rapport note encore le rôle du chien dans la transmission du *kala-azar*, celui des animaux comme réservoirs du virus de la *maladie du sommeil* et signale quelques affections plus rares, capables de passer des animaux à l'homme dans les colonies.

**Situation de Madagascar au point de vue de la tuberculose des animaux.** — M. KRICK. C'est la tuberculose bovine qui est la plus importante à Madagascar ; les autres espèces animales n'y jouent encore qu'un rôle secondaire.

CAUSES PRÉDISPOSANTES. — L'élevage du bœuf est resté très primitif, le Malgache paresseux et routinier ne faisant aucun effort pour l'améliorer. L'animal est laissé en liberté presque complète dans la brousse ou bien il est, dans le Sud surtout, enfermé dans des parcs pendant la nuit et une partie de la journée. Entassé dans ces parcs mal entretenus, il s'y contamine, les matières virulentes accumulées étant sans cesse renouvelées. La vie errante des troupeaux, les transactions nombreuses, favorisent aussi la contagion. L'alimentation défectueuse (pâturages médiocres des régions sub-désertiques du Sud, disette fourragère pendant la saison sèche), en diminuant la résistance organique, facilite l'infection. Fort heureusement, notre zébu, très prolifique et rustique, résiste bien à la généralisation des lésions et localise le plus souvent celles-ci aux ganglions de l'appareil respiratoire.

HISTORIQUE ET CARACTÈRE DE LA TUBERCULOSE. — L'affection a débuté dans le sud de l'île, probablement importée par des bœufs d'Europe. Reconnue pour la première fois en 1901, à Tuléar, elle a rapidement envahi presque toute la colonie ; seul le Nord est encore à peu près indemne.

La tuberculose est presque toujours du type chronique et localisée aux ganglions du poumon ; elle atteint une proportion de 50 à 60 p. 100 dans le Sud ; 40 p. 100 dans le Centre ; 17 p. 100 dans l'Ouest. La tuberculose généralisée est rare.

LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE. — Tous les arrêtés pris ont été inopérants; la tuberculination, non plus que la vaccination par le BCG, ne sont applicables maintenant. Seules des mesures d'amélioration des conditions de vie de nos bœufs et une inspection sanitaire sérieuse des viandes de boucherie sont réalisables.

## Alimentation en eaux potables et parasitisme intestinal.

**L'alimentation en eaux potables sous les tropiques.** — M. PONS.

**Infections d'origine hydrique aux colonies.** — M. BRAU. Les eaux potables, source de vie, peuvent, si elles sont négligées quant à leur captation ou plus ou moins bien épurées, être aussi aux colonies les sources de bien des maux.

I. *a*. D'épidémies d'apparence typhique (caisses à eau des bateaux) ;

*b*. D'épidémies de dysenteries fébriles (caisses à eau des bateaux).

II. Maladies plus franchement coloniales : *a*. Entérites

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

à paratyphique, à paracoli, à paradysentérique, à bacille pyocyanique, etc. ;

*b*. Choléra morbus ou choléra asiatique.

III. Affections à protozoaires : *a*. Dysenterie amibienne et abcès du foie ;

*b*. Entérites à flagellés ;

*c*. Entérites à *Balantidium coli*.

IV. Helminthiases.

V. Intoxications chimiques : *a*. Saturnisme ;

*b*. Nitrites.

V. Affections indirectement propagées : *a*. Larves de Stegomyia ;

*b*. Hôtes intermédiaires de la Filaire de Médine et des Dystomes ;

*c*. Formes de transition des Bilharzies.

**Le parasitisme intestinal**— M. BLANCHARD. La fermeture du circuit : un anus émetteur + de l'eau, un sol conservateur, des hôtes adaptés + une bouche ou des téguments récepteurs, crée le parasitisme intestinal. Sa rupture, en un point quelconque, arrête l'infestation. En milieu colonial indigène, ce circuit est très court ; il est difficile à rompre. C'est la cause de l'*infestation parasitaire intestinale*, dont enquêtes et statistiques montrent l'importance dès les premiers mois de la vie et la généralisation à la moitié ou à la totalité des adultes, suivant les conditions atmosphériques et telluriques, les us et les coutumes des pays de nos possessions d'outre-mer. Le polyparasitisme par helminthes et protozoaires, associés en complexes divers, est très fréquent. Pratiquement, tout indigène doit être considéré comme parasité et traité comme tel.

Par contre, seule une minorité d'infestés devient malade et cette *maladie parasitaire intestinale*, conditionnée, semble-t-il, par un déséquilibre entre l'action des parasites et la résistance du terrain, se déclenche par un mécanisme mal connu. De plus, cette maladie n'a aucune entité propre : la description d'une ankylostomiase, d'une ascaridiose, d'une giardiose, etc., ne correspond pas à une réalité clinique. La maladie se traduit exclusivement par des syndromes anémiques, dysentériques, diarrhéiques, etc., dont l'examen coprologique et l'épreuve thérapeutique peuvent seuls établir l'étiologie parasitaire. Du point de vue de l'évolution, la maladie revêt, soit un caractère surtout social, c'est le cas de l'ankylostomiase qui, de ce fait, intéresse plutôt l'hygiéniste, soit un caractère surtout individuel, c'est le propre de toutes les autres helminthiases et protozooses qui relèvent davantage du médecin. Quant au traitement, il doit être énergiquement entrepris et longtemps poursuivi, car, si nul ne peut affirmer qu'un parasite est pathogène, nul ne peut prouver qu'il est inoffensif.

**Le parasitisme des indigènes en France et leur déparasitation.** — M. le médecin lieutenant-colonel STEVELNEL. Les indigènes coloniaux arrivent en France avec les parasites qu'ils hébergent et présentent souvent les symptômes morbides de leurs parasitoses.

La transmission des parasites n'étant pas impossible, une circulaire du sous-secrétaire d'Etat au Service de santé prescrivait déjà, en 1916, le déparasitage des indigènes avant leur envoi dans la métropole.

Une enquête faite par l'auteur, en 1904, a établi que les proportions, en France, des parasités indigènes militaires, décelables par examen des selles, étaient de 8 p. 100 chez les Malgaches, de 63,62 p. 100 chez les Sénégalais, de 86,90 p. 100 chez les Indochinois; elles n'étaient que de 21,27 p. 100 chez les Européens.

L'auteur donne les proportions de porteurs trouvés pour chaque espèce de parasites chez les Malgaches, les Sénégalais et les Indochinois. Les indigènes sont parasités en proportions variables selon leurs races et leurs résidences habituelles.

Une nouvelle enquête lui a été confiée pour déterminer les meilleurs anthelmintiques et les moyens les plus pratiques de déparasitage.

Les résultats qu'il a obtenus au 1[er] juin 1931 avec le thymol, l'essence de Chénopodium, le tétrachlorure de carbone et quelques spécialités sont résumés dans un tableau comparatif. Dans les conditions de l'expérimentation, c'est-à-dire une seule cure entraînant moins de quarante-huit heures d'indisponibilité, ce serait l'essence de Chénopodium qui agirait le mieux contre les ascaris (88 à 100 p. 100 de succès) et le tétrachlorure de carbone contre les autres espèces de parasites intestinaux (84,56 de succès contre les nuciuaires), même sans diète ni purgation. Une seule cure de déparasitage à l'aide de tétrachlorure de carbone peut diminuer suffisamment les parasites pour que les manifestations morbides des parasitoses deviennent exceptionnelles, mais le déparasitage méthodique avec examens de dépistage, de contrôle et traitement successifs est nécessaire pour faire la prophylaxie rationnelle des parasitoses intestinales.

**Traitement de 1 500 cas de schistosomose par le Fouadin.** — M. M. KHALIL (du Caire). Le Fouadin est une solution à 6,3 p. 100 d'un composé trivalent d'antimoine (antimoine III pyrocatéchine disulfonate de soude), que l'auteur a introduit avec ses collaborateurs dans la thérapeutique des schistosomoses en 1929. Il est moins toxique que l'émétique, peut s'injecter dans les muscles et ne produit aucune inflammation du tissu cellulaire sous-cutané ; enfin la durée du traitement est courte (dix-neuf jours au lieu de vingt-neuf avec l'émétique).

**Contribution au diagnostic de la moniliase pulmonaire** — MM. Gino GROSSI et Paul BALOQ.

**Les arsiniques dans le traitement de certaines maladies tropicales.** — M. LOISELET.

**Thérapeutique polyvalente et prophylaxie des affecrions à protozoaires.** — M. BETEAU.

**Contribution à l'étude des indications thérapeutiques du stovarsol-zinc.** — M. BETEAU.

*(A suivre.)* F. L. S.

# NOUVELLES

**Cours de radiologie clinique.** — M. R. Ledoux-Lebard, chargé de cours, commencera le lundi 5 octobre 1931, à 18 heures, à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine, et continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure, une série de 12 leçons consacrées à l'exposé des : Notions indispensables de radiodiagnostic clinique médico-chirurgical et d'interprétation radiologique.

*Programme des leçons.* — Lundi 5 octobre : Les images radiologiques et leur production. Notions générales d'interprétation. Corps étrangers. Squelette. — Mercredi 7 octobre : Appareil locomoteur (os et articulations). — Vendredi 9 octobre : Appareil locomoteur (*suite*).

Lundi 12 octobre : Appareil digestif : bouche, pharynx, œsophage, estomac. — Mercredi 14 octobre : Appareil digestif : estomac (*suite*), duodénum. — Vendredi 16 octobre : Appareil digestif : intestin grêle, côlon.

Lundi 19 octobre : Foie, voies biliaires, pancréas, rate. — Mercredi 21 octobre : Appareil respiratoire. — Vendredi 23 octobre : Appareil respiratoire (*suite*).

Lundi 26 octobre : Appareil circulatoire (cœur, vaisseaux). — Mercredi 28 octobre : Appareil urinaire. — Vendredi 30 octobre : Appareil urinaire (*suite*). Appareil génital.

Ces leçons seront accompagnées de projections. A la suite de chacune d'elles, les élèves seront exercés individuellement à la lecture et à l'interprétation des clichés.

Cet enseignement est destiné aux étudiants et aux docteurs en médecine désireux d'acquérir des notions pratiques d'interprétation des images radiologiques et de posséder les éléments indispensables au radiodiagnostic clinique basé sur l'emploi des techniques les plus récentes.

**Cours de pharmacologie.** — M. le professeur Tiffeneau commencera son cours le lundi 9 novembre, à 17 heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre Vulpian.

Sujet du cours : Modificateurs du système nerveux central et périphérique.

**Travaux pratiques de pharmacologie.** — Une série supplémentaire de travaux pratiques de pharmacologie et matière médicale aura lieu du 12 au 21 octobre 1931.

Ces travaux comprendront chaque jour : *a*) à 14 heures, une conférence dans la salle des travaux pratiques de pharmacologie ; *b*) de 15 heures à 16 h. 30, des démonstrations pratiques dans la salle voisine.

A ces travaux pratiques seront admis : 1° les étudiants préparant le quatrième examen de doctorat (*ancien régime*) ; 2° les étudiants de quatrième année (*nouveau régime*), ajournés ou absents à la session de juin 1931, ou n'ayant pas participé aux travaux pratiques réglementaires de pharmacologie de l'année scolaire 1930-1931.

Les élèves inscrits devront verser un droit de laboratoire de 125 francs.

S'adresser au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

**Cours de revision sur les acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne.** — Un cours de revision d'une semaine sur les acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne sera fait du 2 au 7 novembre, sous la direction de M. le professeur Emile Sergent et de M. Camille Lian, agrégé, médecin des hôpitaux, avec la collaboration de MM. Abrami, Aubertin Chabrol, Duvoir, Harvier, agrégés, médecins des hôpitaux ; Faroy, P. Pruvost, Weissenbach, médecins des hôpitaux ; Joannon, agrégé ; Blechmann, Gaston Durand, Henri Durand, Fernet, Périsson, anciens internes des hôpitaux.

1° Chaque matin dans un hôpital différent, 9 h. 30 à 11 heures : Exercices pratiques au lit des malades ; 11 heures à midi : Démonstration pratique.

2° L'après-midi, à l'hôpital de la Charité. 3 heures à 4 heures : Démonstration pratique (service ou laboratoire du professeur Sergent) ; de 4 h. 15 à 5 h. 15 et de 5 h. 30 à 6 h. 30 : Conférences cliniques (amphithéâtre de la clinique du professeur Sergent). La leçon de clôture du cours sera faite par le professeur Sergent.

S'inscrire : ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours, de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 16 heures (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.), ou bien à l'hôpital Tenon, auprès de M. Blondel, assistant de M. Lian, soit à l'avance par correspondance, soit le lundi matin, 2 novembre, à l'ouverture du cours.

Droit d'inscription : 250 francs.

**Cours de perfectionnement sur les grands syndromes cardiaques (hôpital Tenon).** — Un cours de perfectionnement sur les grands syndromes cardiaques (Insuffisance cardiaque. Angines de poitrine. Douleurs précordiales. Syncopes) aura lieu du 9 au 19 novembre 1931 et sera fait par M. Camille Lian, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de ses élèves : MM. Haguenau, médecin des hôpitaux ; H. Welti, chirurgien des hôpitaux ; A. Blondel, ancien interne lauréat des hôpitaux ; Gilbert-Dreyfus, P. Puech, Alibert, P. Merklen, Odinet et Racine, anciens internes et internes du service ; R. Barrieu (de Royat) ; M. Marchal, assistant d'électro-radiologie, chargé de la radiologie du service ; Bréant, chef du laboratoire du service.

Tous les matins, à 10 heures, conférence clinique avec projections. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service (un télécardiophone permet à tous les élèves d'ausculter simultanément un même malade).

Tous les après-midis, à 15 heures et à 17 h. 30, deux conférences cliniques avec projections ; à 16 heures, démonstration pratique.

Un certificat sera délivré aux médecins inscrits au cours ; ils pourront ensuite être attachés au service comme médecins stagiaires, et éventuellement comme assistants.

Chaque année, au début de juin et de novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en quatre cours : 1° Arythmie ; 2° Grands syndromes cardiaques ; 3° Artères, veines et capillaires ; 4° Endocarde, péricarde, myocarde, aorte. Le cours de juin 1932 portera sur les maladies des artères, veines et capillaires ; il sera suivi d'un voyage aux stations hydrominérales cardio-vasculaires.

S'inscrire : ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours, de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.), ou bien à l'hôpital Tenon, auprès de M. Blondel, premier assistant

## NOUVELLES *(Suite)*

du service, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours.

Droit d'inscription : 250 francs.

**Ligue nationale française contre le péril vénérien.** — Un cours de service social antivénérien pour les infirmières et les assistantes sociales et les personnes s'intéressant à la lutte contre les maladies vénériennes aura lieu du 16 au 21 novembre 1931, à la Faculté de médecine et à la Clinique Baudelocque.

*Programme des cours.* — Lundi 16 novembre à la Faculté de médecine, M. le professeur Gougerot, à 9 heures : Danger des maladies vénériennes. Programme d'ensemble de la lutte antivénérienne. Ce que sont les syphilis primaire, secondaire et tertiaire. — A 10 heures : Les méthodes de diagnostic de la syphilis (ultra-microscope examen du sang, ponction lombaire).

Mardi 17 novembre, Faculté de médecine, à 9 heures, M. Milian : Contagion de la syphilis et de la blennorragie. Modes de contamination ; à 10 h. 15, M. Queyrat : Les modes de traitement de la syphilis.

Mercredi 18 novembre, Faculté de médecine, à 9 heures, M. Janet : La blennorragie chez l'homme, la femme et l'enfant ; son importance sociale. Moyens de diagnostic ; à 10 h. 15, M. Louste : Organisation du service social dans un dispensaire. Devoirs de l'assistante sociale ; à 15 heures, à la Clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal, M. Marcel Pinard : Grossesse et syphilis. Fonctionnement d'un dispensaire de maternité. Rôle de l'assistante sociale.

Jeudi 19 novembre, Faculté de médecine, à 9 heures, M. R. Rabut : La lutte contre la prostitution. Œuvres de protection et de relèvement ; à 10 h. 15, M. Sicard de Plauzoles : Histoire de la syphilis.

Vendredi 20 novembre, Faculté de médecine, à 9 heures, M. Pierre Fernet : Les hérédosyphilitiques ; à 10 h. 45, M. Sicard de Plauzoles : Syphilis familiale. Les enquêtes dans les familles.

Samedi 21 novembre, Faculté de médecine, à 9 heures, M. le professeur Gougerot : Propagande antivénérienne ; à 10 h. 30, M. Sicard de Plauzoles : Education et hygiène des vénériens. Examen prénuptial.

Deux visites auront lieu au Musée de l'hôpital Saint-Louis, sous la direction de M. Brodin, le mercredi 18 novembre, à 14 h. 30 et le samedi 21 novembre, à 14 h. 30.

Le nombre des admissions devant être limité, les personnes désireuses de suivre ce cours, qui est gratuit, sont priées de se faire inscrire à la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 44, rue de Lisbonne, Paris (VIII$^e$), le plus tôt possible.

Une carte d'admission strictement personnelle leur sera délivrée.

La Ligue nationale française contre le péril vénérien a créé dans son dispensaire de Saint-Ouen une Ecole de stage de service social antivénérien pour l'instruction des infirmières assistantes d'hygiène sociale qui désirent se spécialiser dans la lutte contre les maladies vénériennes.

La direction technique de cette école de stage est confiée au Service social à l'hôpital.

Un certificat de stage est délivré aux élèves ayant accompli d'une manière satisfaisante un stage d'une durée minimum d'un mois.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Ligue nationale française contre le péril vénérien, ou au Service social à l'hôpital, 44, rue de Lisbonne, Paris (VIII$^e$).

**Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques (hôpital Saint-Louis) ; professeur : M. Gougerot).** — *Cours de vacances. Notions élémentaires de dermato-syphiligraphie pour les médecins praticiens et les élèves stagiaires de la Faculté.* — Sous la direction de M. le professeur Gougerot, médecin de l'hôpital Saint-Louis, MM. A. Carteaud et R. Cohen, chefs de clinique à la Faculté, font du 1$^{er}$ septembre 1931 au 17 octobre 1931, les lundi, mardi, mercredi, jeudi et vendredi matin, de 9 à 10 heures, à l'amphithéâtre Fournier, une série de démonstrations pratiques, comprenant l'indispensable en dermato-syphiligraphie, démonstrations suivies de présentation de malades avec diagnostic et traitement.

*Cours gratuit.* — S'inscrire auprès du D$^r$ Carteaud, pavillon Bazin, hôpital Saint-Louis.

**Cours technique de chirurgie réparatrice et cosmétique de la face.** — M. le professeur Pierre Sébileau, chirurgien des hôpitaux, et M. le D$^r$ Dufourmentel, chef de clinique à la Faculté de médecine, commenceront ce cours le mardi 15 septembre, à 14 heures, et le continueront tous les jours, à la même heure. Ce cours comprendra des leçons pratiques avec répétition par les auditeurs inscrits, et sera combiné avec un enseignement théorique qui aura lieu les mêmes jours, à la clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté de médecine, à l'hôpital Lariboisière.

Droit d'inscription : 1 000 francs.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (V$^e$).

**Hôpital Saint-Antoine.** — Le cours d'automne de gastrologie du D$^r$ Félix Ramond aura lieu à partir du lundi 9 novembre 1931 à l'hôpital Saint-Antoine, et durera une quinzaine de jours. Les conférences gratuites seront suivies de démonstrations pratiques d'ordre clinique, radiologique, chimique et gastro-photographique.

S'inscrire à l'A. D. R. M., à la Faculté ou à l'hôpital Saint-Antoine, 182, faubourg Saint-Antoine, auprès de la surveillante en chef de service.

**Corps de santé militaire.** — Sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du service de santé : au grade de médecin sous-lieutenant les médecins auxiliaires titulaires du brevet de préparation militaire supérieure dont les noms suivent et qui sont affectés : MM. Lembeye, à la 18$^e$ région ; Dejean, à la 16$^e$ région ; Jaudel, Pineau-Valencienne, Stephan, à la région de Paris.

Sont mis à la disposition : du Service de santé de la région de Paris, MM. Leyssel, médecin colonel ; Dupont, médecin capitaine ; Suerdot, médecin sous-lieutenant. — Du Service de santé de la 1$^{re}$ région : M. Monnier, médecin leutenant. — Du Service de santé de la 8$^e$ région: M. Couperot, médecin lieutenant. — Du Service de santé de la 9$^e$ région, M. Rince, médecin lieutenant. — Du Service de santé de la 15$^e$ région, M. Grisselli, médecin capitaine. — Du Service de santé de la 18$^e$ région, M. Musoli.

Est promu au grade de médecin lieutenant de réserve, M. Paumes, médecin sous-lieutenant de réserve.

Sont promus dans le cadre des officiers de réserve et sont maintenus dans leurs affectations actuelles : au grade de médecin lieutenant, MM. Petit, Bougeot, Perée,

## NOUVELLES *(Suite)*

Palace, Baisset, Sicault, Dieuzeide, Chalencon, Rivière, Bourdin, Anselme, Davioud, Decourt, Chaouat, Iehona dit Sauveur, Hamon, Baron, Buisson, Régis, Marion, Boiffin, Morvan, Auchel, Petit, Floueaud de Fourcroy, David, Fauvert, Fleury, Gavois, Noger, Sergent, Guyon, Bréhant, Potentier, Chieandari, Dublineau, Vedrunes, Bazin, Bécardit, Winstel, Faure, Sée, Thiriet, Muller, Bœhler, Delaporte, Lehmann, Mareel, Daner, Dupire, Lambert, Masson, Martin, Sizaret, Bonnet, Horning, Jung, Oppenheimer, Versmel, Cordier, Delaborde, Duguyot, Thuet, Ragu, Moricard, Antoine, Burgeat, Elbaz-Martin, Minaud, Novat, Talfumier, Lussac, Miramont de Laroquette, Porelier, Alquier, Barraille, Froment, Misermont, Ricaud, Callibaud, Larribère, Ledoux, Magimel-Pelonnier, Héraud, Ramie, Bérard, Montéro, Delebecque, Poumier, Martinet, Métais, Prigent, Chevalier, Tonnel, Trombetta, Schatz, médecins sous-lieutenants.

**Corps de santé des troupes coloniales.** — Sont nommés dans la réserve des corps de santé des troupes eoloniales *Médecins colonels* : MM. Brau, Doreau, Fraissinet, Dagorn.

*Médecins commandants* : MM. Gouillon, Guillen.

**Les médecins, les impôts et les assurances.** — M. Edouard Moncelle, ayant demandé à M. le ministre du Bugdet : 1° si les contrôleurs des contributions direetes doivent admettre en déduction des reeettes, pour le ealcul des impôts, les sommes payées par les médecins pour contracter des assuranees sur la vie et des assurances contre es accidents ; 2° jusqu'à quel taux ectte déeuetion peut être faite, a reçu la réponse suivante :

« 1° et 2° Pour l'établissement de l'impôt sur les bénéfiees des professions non eommerciales dû par les médeeins, les primes d'assurances sur la vie peuvent être considérées eomme tenant lieu de versements pour la constitution d'une retraite et admises en déduetion des recettes brutes de ces praticiens à la double condition : 1° que le montant des primes annuelles n'excède pas la somme que les intéressés verseraient normalement eu égard au ehiffre de leurs bénéfices pour s'assurer une retraite ; 2° qu'à la déduction de ces primes ne vienne pas se superposer une seeonde déduction de sommes destinées à la constitution d'une pension ou d'une retraite. Aucune disposition légale ou réglementaire ne fixe le maximum des sommes susceptibles d'être déduites à ee titre ; il convient seulement que les versements conservent le earactère de dépenses de prévoyance proportionnées à l'importance des revenus professionnels des intéressés. Quant aux primes d'assurances contre les aecidents, elles sont également déduetibles des reeettes brutes dans la mesure où leur versement peut être considéré comme une dépense néeessitée par l'exercice de la profession. »

**La déclaration des maladies contagieuses et des décès. La proposition de loi Legros.** — Le Conseil d'administration du S. M. S. vient d'approuver à l'unanimité, dans sa séance du 7 juillet, les propositions de sa eommission de médecine publique rédigées dans la forme suivante :

« En dépit du point de vue que le Dr Legros développe dans son rapport, la Commission reste unanime à penser que le maintien de l'article 378 du Code pénal et sa rigoureuse observation sont une des meilleures sauvegardes de la santé publique.

« La déclaration de la maladie eontagieuse ne doit pas incomber au médecin traitant, mais au eontagieux lui-même ou s'il est physiquement incapable, à sds répondants légaux. A plus forte raison, devons-nous rejeter les attestations de ee genre qu'on voudrait nous faire donner par télégramme ou téléphone.

« La désinfection d'ordre administratif est un leurre car elle devance ou laisse passer l'heure de choix, elle ne porte que sur les loeaux et vêtements, elle ignore le rhino-pharynx ou le tube digestif qui sont les foyers virulents, semeurs immédiats de nouveaux germes dès que l'équipe municipale a remballé ses outils. Que la commune et l'Etat laissent donc le médecin traitant à son métier et se bornent à lui apporter leur eoncours lorsqu'il le demande...

« En ee qui coneerne l'attestation de la maladie eontagieuse qui a causé le déeès, la Commission est unanime à proposer, sans hésitation aucune, au Conseil :

« Le Conseil d'administration du S. M. S. se déelare formellement opposé à la révélation, dans quelque cas que ce soit, par le médecin traitant de la cause du décès de son client. »

**Union nationale de secours aux enfants.** — La Conférenee internationale pour l'enfance africaine, eonvoquée par l'Union internationale de seeours aux enfants, qui vient de prendre fin, a été un réel succès, par le nombre et la qualité des participants, par l'esprit qui a animé les débats et les résultats importants auxquels on a abouti L'élément britannique était prépondérant. Le gouvernement britannique avait délégué neuf experts, qui tous prirent part aux délibérations. Les gouvernements belge et italien étaient également représentés. Nombreux étaient les missionnaires des deux principales confessions On eomptait également plusieurs Noirs d'Afrique et d'Amérique, qui prirent une part aetive aux discussions et au travail des eommissions.

Sur la proposition du sénateur Gabbi (Italie), appuyée par le Dr Fraser, recteur du Collège d'Achimota (Côte-de-l'Or) et le R. P. Kassiepe, de la Conférence des Supérieurs (Berlin), la Conférence a décidé de constituer à Genève un eentre permanent d'informations concernant l'enfance africaine, et en a chargé l'U. I. S. E. Ce centre continuera l'œuvre commencée et réunira, en eas de besoin, de nouvelles eonférenees internationales ou régionales en Afrique.




# NOUVELLES *(Suite)*

La Conférence n'a pas voté de résolutions, mais seulement des conclusions, élaborées par ses commissions d'experts. Ces conclusions embrassent à la fois la lutte contre la mortalité infantile, l'éducation et le travail des enfants indigènes. Elles seront soumises aux puissances coloniales intéressées et à toutes les administrations coloniales d'Afrique.

**Union internationale contre la tuberculose.** — La réunion annuelle du Conseil de direction de l'Union internationale contre la tuberculose, dont le président actuel est le professeur Frölich (Norvège), a eu lieu à Paris le jeudi 9 juillet; dix-sept pays s'étaient fait représenter. A 10 heures du matin, une séance administrative réunissait les membres du Conseil au siège de l'Union, 2, avenue Vélasquez, Paris. La date de la prochaine conférence de l'Union internationale, qui doit avoir lieu à La Haye, a été fixée du 6 au 9 septembre 1932, et les trois questions suivantes choisies sur une liste de sujets proposés par les divers pays membres de l'Union ont été inscrites à l'ordre du jour : Question biologique : *Relations entre l'allergie et l'immunité*, le rapporteur sera désigné ultérieurement ; question clinique : *La chrysothérapie*, rapporteur professeur Sayé (Barcelone) ; question sociale : *L'assistance post-sanatoriale*, rapporteur, Dr B. H. Vos (Hellendoorn). Suivant le précédent adopté à la Conférence d'Oslo, on désignera pour chaque question, à côté du rapporteur principal, dix co-rapporteurs choisis dans différents pays.

La séance scientifique a eu lieu dans les nouveaux laboratoires de la tuberculose, à l'Institut Pasteur, que les membres du Conseil ont visités sous la conduite du professeur Calmette. La séance a été consacrée au rapport du Dr Soper (Etats-Unis) sur *Un plan standard de lutte antituberculeuse*; en l'absence du Dr Soper, ce rapport a été présenté par le professeur Opie (Etats-Unis). Ensuite le professeur Valtis (Grèce) a exposé les étapes de la lutte antituberculeuse dans son pays. Ces deux rapports ont été suivis d'une discussion à laquelle ont pris part le professeur Léon Bernard, secrétaire général de l'Union, le professeur Knud Faber (Danemark), le colonel Rudzki (Pologne), etc.

## MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

SEPTEMBRE. — *Moscou*. IXe Congrès panrusse des gynécologues et accoucheurs.

5 SEPTEMBRE. — *Faculté de Médecine*. Clôture du registre d'inscription pour le concours d'agrégation.

7 SEPTEMBRE. — *Rome*. Congrès international pour les études sur la population.

8 SEPTEMBRE. — *Capvern*. Concentration à Capvern du 24e VEM.

11 SEPTEMBRE. — *Dijon*. École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de chef des travaux de physique.

14 SEPTEMBRE. — *Budapest*. Congrès de l'Association stomatologique internationale.

14 SEPTEMBRE. — Cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie infantile).

15 SEPTEMBRE. — *Paris*. Cours technique de chirurgie réparatrice et cosmétique de la face, par M. le professeur Sebileau.

15 SEPTEMBRE. — *Angers*. École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale.

18 SEPTEMBRE. — *Clermont*. École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'anatomie.

19 SEPTEMBRE. — *Toulouse*. Faculté de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de clinique obstétricale.

20 SEPTEMBRE. — *Nantes*. École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'École de médecine.

20 SEPTEMBRE. — *Buenos-Aires*. Congrès national du service social de l'enfance.

21 SEPTEMBRE. — *Paris*. Hôpital Laennec. Ouverture du cours de perfectionnement sur les actualités phtisiologiques.

22 SEPTEMBRE. — *Tours*. École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physique.

26 SEPTEMBRE. — *Grenoble*. École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale.

28 SEPTEMBRE-4 OCTOBRE. — IIIe Congrès international d'hypiologie et de psychologie appliquée.

1er OCTOBRE. — *Paris*. École de puériculture. Ouverture du cours de puériculture.

5 OCTOBRE. — *Paris*. Leçons sur les notions indispensables de radiodiagnostic clinique médico-chirurgical et d'interprétatiln radiologique, par M. LEDOUX-LEBARD.

5 OCTOBRE. — *Paris*. Hôpital Broussais. Ouverture d'un cours sur les grands syndromes cardiaques sous la direction de M. CHARLES LAUBRY.

5 OCTOBRE. — *Paris*. Hôpital Baudelocque. Ouverture du cours d'opérations obstétricales sous la direction de M. PORTES.

7-12 OCTOBRE. — *Paris*. IIe Conférence internationale et Congrès colonial du rat et de la peste.

12 OCTOBRE. — *Paris*. Ouverture d'une série supplémentaire de travaux pratiques de pharmacologie et matière médicale.

15 OCTOBRE. — *Tours*. Concours pour la nomination d'un chef de clinique obstétricale.

15 OCTOBRE. — *Paris*. Ouverture d'un cours de perfectionnement d'anatomie pathologique.

21 OCTOBRE. — *Paris*. Ouverture d'un concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine.

# REVUE DES CONGRÈS

## JOURNÉES MÉDICALES COLONIALES (1)

22 *juillet-1er août* 1931.

### Pharmacologie.

**Considérations sur la production des plantes médicinales dans les colonies françaises, et, en particulier, des chaulmoogra, strophantus et quinquina.** — M. le professeur Perrot.

**L'exercice de la pharmacie dans les colonies françaises et les pays d'outre-mer soumis à l'influence française.** — M. Bloch. En ce qui concerne la législation pharmaceutique, les pays soumis à l'influence française peuvent être répartis en trois groupes : 1° l'Algérie ; 2° territoires relevant plus ou moins du ministère des Affaires étrangères, possédant un souverain nominal ou dotés d'une administration propre; 3° colonies, pays de protectorat, territoires sous mandat rattachés au ministère des Colonies.

En Algérie, la législation est celle de la métropole ; dans le second groupe, l'exercice de la pharmacie est autorisé aux pharmaciens de toutes nationalités munis du diplôme délivré par l'État dont ils sont originaires ; parfois un examen supplémentaire local est exigé (Syrie).

Dans les pays dépendant du ministère des Colonies, seuls les pharmaciens munis du diplôme de pharmacien de l'État français ont, *en principe*, le droit d'exercer la pharmacie.

Toutefois, il existait dans certaines de nos vieilles colonies (Antilles, Guyane, Réunion) des pharmaciens locaux, reçus sur place, et qui continuent à y pratiquer.

Enfin, en raison du nombre restreint de pharmaciens, de l'éloignement des centres, des difficultés de communication, l'on a dû, dans l'intérêt de la santé publique et des populations, autoriser l'ouverture de dépôts de médicaments tenus par des non-pharmaciens.

**Rôle du pharmacien colonial aux colonies.** — M. Cheyssial.

**Procédés de purification des eaux d'alimentation.** — M. Colin. La purification des eaux d'alimentation comprend : 1° l'épuration physique ; 2° l'épuration chimique.

1° Épuration physique. — Elle est réalisée par : *a.* des filtres en porcelaine dégourdie, en charbon, en toile d'amiante, en pierre poreuse, en papier comprimé, en éponge pour les petites agglomérations ou les usages domestiques ;

*b.* Les filtres lents ou les filtres rapides, utilisant tous deux le sable comme couche filtrante, mais se différenciant par leur mode de construction et leur débit ;

*c.* Les filtres à charbon actif destinés à retenir non plus spécialement la matière organique, mais les colorants ou les odeurs que l'eau peut présenter, ainsi que l'excès de chlore que l'on a déversé dans l'eau pour la stériliser ;

*d.* Les filtres chimiques destinés à retenir, avec l'aide de certains sels de la chimie minérale, les sels calcaires et magnésiens qui, par leur abondance dans certaines eaux, constituent une impureté les rendant impropres à la consommation.

2° Épuration chimique. — Elle est réalisée par : *a.* des *moyens chimiques* qui utilisent l'action oxydante du *chlore.*

1° Du chlore sous forme de chlore gazeux ou d'hypochlorites de chaux ou de soude, ou bien de chloramine, ou bien de peroxyde de chlore ;

2° De l'iode soit à l'état métalloïdique sous forme de teinture et de comprimés d'iode, soit à l'état naissant sous forme de novoïde ou de comprimés tricolores Vailland et Georges ;

3° Du permanganate : sous forme de poudres : Lapeyrère, Georges Lambert, Gabriel Lambert, Laurent ; sous forme de comprimés : Froment-Lambert ; sous forme de liquide : Octave Lecomte.

*b.* Des *moyens physico-chimiques* : ozonisation, rayons ultra-violets, électrolyse.

*c.* Des moyens *physiques* : chaleur, métaux sous forme de lames ou bien dans un grand état de division.

**L'étude de la matière médicale d'Annam et de ses enseignements.** — M. Sallet. En Annam, les produits qui intéressent l'art de guérir appartiennent à deux groupes selon leur provenance : les uns sont chinois, les autres sont annamites. L'étude de la matière médicale utilisée par l'Annam, pour être complète, doit envisager les éléments des deux provenances chinoise et annamite; cependant son but pourra envisager plus expressément ce qui est de nature locale. Cette étude devra procéder par enquête plus encore que par recherches bibliographiques, tout en ayant le souci de ces dernières. Dans les diverses régions on prendra les noms des espèces présentées et on les atteindra par les correspondances précises de nos classements scientifiques.

Les renseignements recueillis sur les valeurs thérapeutiques pourront orienter vers les recherches de laboratoire et des contrôles cliniques, et ceci pourrait être la source de gros intérêts scientifiques, économiques et humains. L'herbier d'Annam fournit de nombreuses espèces à la matière médicale de la Chine ; il est bon que l'Annamite connaisse les richesses de son sol.

**La pharmacie industrielle au service de la colonie.** — M. Garat.

### Protection sanitaire et démographique des populations autochtones.

**La protection démographique et les grands emprunts coloniaux.** — M. Lasnet. Les emprunts pour la mise en valeur des colonies devant se traduire par l'ouverture de grands chantiers qui nécessiteront un appel important de main-d'œuvre, il est indispensable que toutes les précautions soient prises pour que l'état sanitaire des travailleurs reste satisfaisant et pour que les foyers d'origine n'aient pas à souffrir dans leur développement démographique du prélèvement d'une partie des adultes.

Sur la proposition de M. Daladier, le Parlement a donc mis à son autorisation les conditions suivantes :

1° La part consacrée *par priorité* à la protection sanitaire et démographique des races indigènes doit représenter 10 p. 100 des fonds d'emprunt.

2° Aucun chantier ne doit être ouvert avant l'approbation, par le ministère des Colonies, d'un plan de protection sanitaire des travailleurs et de protection démographique des populations.

3° Il doit être organisé à l'inspection générale du ser-

(1) Association de la Presse médicale française.

vice de santé des colonies un contrôle sanitaire et démographique relevant du ministre.

Les crédits sanitaires, représentant un total d'environ 500 millions, donneront lieu à l'application :

1° De mesures d'ordre général, intéressant l'ensemble des colonies et dont l'application sera faite par l'administration centrale.

2° De mesures d'ordre local appliquées sur place par les gouverneurs.

I. Les mesures d'ordre général comportant un total de 35 millions ont pour principaux objets :

La *création à Marseille d'un hôpital colonial*, destiné à devenir le grand centre d'enseignement pratique de la pathologie exotique où viendront s'entrainer médecins coloniaux militaires et civils ;

La *création dans une ville de Faculté d'une école de médecine* pour les médecins de l'assistance civile ;

La *création à l'Institut Pasteur de Paris d'un laboratoire colonial* destiné aux chercheurs coloniaux ;

*Des subventions à l'Institut d'hygiène de la Faculté d Paris, à l'Institut de médecine coloniale de Marseille, à l'École d'application de santé coloniale de Marseille, à l'École des infirmières-visiteuses de Vanves*, pour développer les moyens d'enseignement colonial de ces divers établissements.

II. Les mesures d'ordre local ont pour objet :

1° Le développement de tous les services de médecine préventive ou d'hygiène ;

2° Le renforcement des moyens techniques des directions ; services de recherches scientifiques, établissements d'enseignement ;

3° La protection sanitaire de la main-d'œuvre ;

4° L'amélioration des services d'assistance médicale.

**Les Instituts Pasteur et le développement des populations indigènes aux colonies.** — M. P.-Noël BERNARD. A l'heure actuelle, si on excepte les Instituts Pasteur de Tunis, d'Alger et du Maroc, si proches de la métropole, les Instituts Pasteur coloniaux proprement dits comprennent : les Instituts Pasteur d'Indochine avec les trois grands établissements de Saïgon, Nhatrang et Hanoï ; l'Institut Pasteur de Brazzaville, en A. E. F. ; les Instituts Pasteur de Dakar et de Kindia en A. O. F. ; l'Institut Pasteur de Tananarive, à Madagascar. Tous sont des filiales de l'Institut Pasteur de Paris. En outre, des laboratoires et des Instituts d'hygiène existent dans les principaux autres centres de la colonie.

M. Noël Bernard expose quelles sont les maladies endémiques spéciales à chacune de nos principales colonies. En prenant pour exemple les Instituts Pasteur d'Indochine et l'Institut Pasteur de Brazzaville, il montre comment les Instituts Pasteur coloniaux interviennent dans la défense de la santé publique pour étudier les questions les plus diverses qui leur sont soumises, préparer les solutions les mieux adaptées aux conditions locales, et contrôler, sur le terrain, en liaison avec les hygiénistes de tous ordres, l'exactitude de leurs observations et l'efficacité des mesures prises sur leurs suggestions. Leur collaboration au développement des populations indigènes s'amplifiera encore au moment où va être mis à exécution un programme élargi de mise en valeur de nos colonies.

**Protection sanitaire de la population indigène au Maroc.** — M. COLOMBANI décrit :

1° Le vieux Maroc et son histoire sanitaire liée à son anarchie politique (les grandes épidémies historiques : choléra, peste, typhus, paludisme), puis ;

2° Le Maroc à notre arrivée. Alors est établi le programme urgent de protection de la collectivité indigène et, en conséquence, de nos troupes et des premiers occupants européens.

L'auteur montre le rôle des médecins missionnaires des Affaires étrangères et celui des médecins du corps d'occupation agissant en collaboration.

Organisation de l'assistance d'État :

a. *Dans les villes.* — L'auteur insiste sur le rôle du médecin directeur du bureau d'hygiène comme conseiller des Pachas et agent d'exécution en ce qui concerne toute l'hygiène urbaine, et sur les commissions municipales d'hygiène.

b. *Dans les campagnes* (bled) interviennent des groupes sanitaires mobiles (Lyautey).

c. *Les soins directs*, consultations et hospitalisations, sont donnés :

Dans les infirmeries indigènes ;

Dans les hôpitaux indigènes des villes, la maternité de Marrakech ;

Dans les dispensaires généraux et spéciaux des villes.

M. Colombani étudie ensuite :

*a.* Les premières organisations de défense sanitaire dans le bled.

*b.* Les moyens matériels actuels (sections de prophylaxie régionales, centres de désinfection et d'épouillage des villes, lazarets maritimes et terrestres), l'action de propagande (prophylaxies du typhus, de la peste, de la variole, du paludisme).

*c.* La prophylaxie des maladies sociales (ville et bled) :

1° Le rôle des formations sanitaires indigènes (groupes mobiles, salles de visite, infirmeries, hôpitaux) ;

2° Les dispensaires d'État (maladies vénériennes, des yeux, de la peau) ;

3° La réglementation de la prostitution (le quartier réservé de Casablanca. Programme d'avenir) ;

4° Les œuvres privées contrôlées par la direction de la santé et de l'hygiène publiques (maternités, crèches, garderies, orphelinats, gouttes de lait, dispensaires infantiles, dispensaires antituberculeux).

Les *forces morales* assurent l'efficacité d'une action protectrice rationnelle et prolongée ; aussi faut-il assurer la liaison toujours étroite, dans un même esprit, du médecin avec les représentants de l'autorité résidentielle.

L'étude de l'esprit du médecin, de son recrutement, de sa formation morale, termine ce remarquable exposé de M. Colombani.

**Programme de protection démographique en Afrique occidentale française.** — M. SOREL. L'auteur étudie successivement :

1° Les mesures de protection démographique individuelle et collective, particulièrement aux foyers d'origine des travailleurs (création d'un corps de sages-femmes indigènes, consultations prénatales, consultations de nourrissons et d'enfants en bas âge avec le concours d'infirmières-visiteuses françaises, vaccination par le BCG, vaccinations antivarioleuses, antipesteuses, anti-

typhiques, antipneumococciques, etc.), lutte contre la maladie du sommeil, la lèpre, le paludisme, l'alcoolisme et les maladies vénériennes, mesures de protection alimentaire, adductions d'eau et forages de puits ;

2° Les mesures de protection démographique ayant trait aux modalités de recrutement des travailleurs ;

3° Les mesures de protection démographique des travailleurs au cours de leurs exodes. Ces mesures définies avec précision dans l'instruction du gouverneur général du 1er août 1930 devront être complétées par la création de *camps d'accoutumance* où les indigènes non habitués à un travail intensif seront progressivement entraînés, et l'institution d'un livret sanitaire individuel.

## Alimentation. Hygiène du travail.

**Protection sanitaire de la main-d'œuvre dans les colonies françaises.** — M. HECKENROTH fait un remarquable exposé de la protection sanitaire des ouvriers indigènes sur les chantiers coloniaux qui représente une face nouvelle et peu connue de notre œuvre générale d'assistance médicale outre-mer. Cette organisation répond à la redoutable crise de la main-d'œuvre dont souffrent nos colonies depuis la dernière guerre. Elle est basée sur une réglementation propre à chacune de nos possessions mais dont les éléments constitutifs sont réunis dans deux circulaires ministérielles des 22 juillet et 4 octobre 1924.

Ces textes, actuellement en vigueur sur toute l'étendue de notre domaine tropical, ont permis sur les chantiers la réalisation d'une œuvre d'assistance déjà féconde, dont la mise au point définitive et le résultat final dépendent, non pas des seuls pouvoirs publics, mais de la collaboration largement consentie, bien qu'incomplète encore qu'ils attendent des colons et des industriels intéressés comme eux à la conservation du capital humain indigène.

**Le régime alimentaire des populations autochtones dans les colonies françaises. Moyens pratiques de remédier à la sous-alimentation.** — M. TOURNIER. Quand on jette un coup d'œil sur les divers régimes alimentaires des autochtones qui peuplent les colonies françaises, on constate que des pays très divers peuvent se ranger, si on les envisage sous cet aspect, en trois groupes :

1° Les colonies où le régime alimentaire est mal équilibré, sans qu'on puisse parler à vrai dire de sous-alimentation : l'Indochine est, à cet effet, la plus représentative de ce type ;

2° Les colonies, telle l'A. E. F., où la sous-alimentation est de règle, l'équilibre étant à peu près respecté ;

3° Certaines contrées de nos colonies, enfin, où les facteurs sous-alimentation et déséquilibre peuvent se retrouver.

Deux méthodes permettent de remédier au fâcheux effet de la sous-alimentation : l'une, d'ordre administratif, utilisera suivant les cas le développement rationnel des cultures et de l'élevage, le développement des pêcheries, etc. ; l'autre, biochimique, aurait surtout pour effet de corriger le déséquilibre de la ration en recommandant l'adjonction aux aliments de certains produits tels que vitamines, acides aminés, pâte azotée, etc.

**Etudes expérimentales de la relation entre la pellagre**

U. S. A.). La pellagre a été étudiée, avec beaucoup d'attention, au point de vue du régime, depuis les inondations de 1927 et la sécheresse de 1930 dans le sud des États-Unis, époque où bien des cas de cette maladie se déclarèrent.

Une observation des symptômes pellagriques chez le rat albinos fut faite par nous avec le régime sans vitamines G, avec l'aide du Dr Barnett-Bure et Mlle Dorothy Walker. 64 animaux furent observés, 27 sur les 64 développèrent de la dermatite. De l'ophtalmie, de l'arrêt de la croissance et du poids furent aussi constatés. Des variations, suivant les saisons, furent observées avec la dermatite.

Les principaux changements pathologiques trouvés à l'œil nu ou au microscope furent l'alopécie, l'ulcération de la peau avec hyperkératose et parakératose, atrophie de la rate et du thymus, foie gras, hémorragie et congestion des intestins. Un peu plus tard, le Dr Sure observa encore 61 rats albinos avec un régime sans vitamine G et conclut que les facteurs de croissance et les vitamines appelées antipellagriques n'étaient pas identiques.

Nous croyons, d'après les expériences de notre laboratoire, que le manque de vitammine G ne nous apporte pas une conclusion évidente de l'étiologie de la pellagre.

Les expériences des Drs Jobling et Arnold, qui trouvèrent un fongus avec propriétés photodynamiques dans les selles des pellagriques, doivent être reprises.

**Le béribéri cardiaque du nourrisson.** — M. José ALBERT (Manille, Philippines) attire l'attention sur le béribéri infantile qui, aux îles Philippines, est responsable de 28 p. 100 des morts d'enfants au-dessous d'un an.

Des trois formes cliniques, la forme aphonique, pseudoméningitique et cardiaque du béribéri infantile, c'est cette dernière qui est la plus intéressante et la plus grave.

Le tableau clinique est caractérisé par une défaillance aiguë, voire suraiguë, du cœur, qui se manifeste par gémissements, dyspnée, cyanose et pâleur, survenant chez un gros enfant d'allure jusque-là normale. L'enfant pousse des cris incessants, rappelant ceux que Genaro-Sixto a décrits, dans la syphilis héréditaire. La défaillance du cœur se traduit par un bruit de galop, par l'accentuation du deuxième bruit pulmonaire, par la petitesse du pouls et enfin par une ombre cardiaque extrêmement volumineuse, visible à l'écran radioscopique.

Dans la plupart des cas, le début est brusque, il n'y a pas de prodrome, sauf quelques vomissements inconstants, et la mère croit que son enfant est en excellente santé ; puis l'enfant commence à crier et tous les symptômes apparents s'aggravent vite, l'enfant s'affaiblit promptement, la défaillance cardiaque est rapide et l'enfant succombe en vingt-quatre à trente-six heures. Une accalmie survient dans chaque cas, puis la maladie reprend jusqu'à son issue fatale.

La maladie s'observe toujours chez l'enfant entre un et trois mois nourri par une mère atteinte de béribéri fruste ou inapparent, pour employer l'expression de Ch. Nicolle. L'enfant est généralement bien développé, souvent gros et pâteux, état favorable, on le sait, à la mort subite et inopinée.

L'enfant est toujours issu des milieux pauvres de la population où l'alimentation est défectueuse et pauvre en

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Il arrive souvent que la mère qui souffre d'un béribéri inapparent tombe réellement malade après la mort de son enfant; ce fait a déjà été signalé par le professeur Hirota, qui a le premier, en 1888, décrit cette maladie.

L'examen anatomique, à l'autopsie, montre comme lésions superficielles une hypertrophie avec dilatation du cœur, souvent seulement du cœur droit, une congestion viscérale diffuse, de l'anasarque et, dans les cas des plus longues durées, une névrite dégénérative du nerf vague.

Il faut sans doute faire jouer un rôle à des phénomènes physico-chimiques comme la rétention d'eau (Wenckebach) pour comprendre que les extraits (liki-tiki) de riz contenant la vitamine B puissent en quelques heures ressusciter (le mot n'est pas trop fort) un malade mourant de son cœur, alors que la digitale, le strophantus, la caféine et les autres toni-cardiaques sont impuissants. Il n'est pas de meilleure preuve de l'origine de ce syndrome : maladie par carence de vitamine B dans le lait maternel. Et il faut retenir que si l'enfant frappé par ce mal reçoit le médicament spécifique pendant douze à quinze heures, il est sauvé.

**L'hygiène solaire aux colonies.** — M. Fougerat de Las-Tours. L'hygiène solaire consiste dans l'exposition quotidienne au soleil du corps entier, intégralement nu, pendant une heure au moins.

Cette méthode a fait maintenant ses preuves et ses remarquables résultats sont parfaitement étudiés et connus.

Les bienfaits qui en découlent sont tels qu'ils posent l'indication formelle et toute spéciale de l'*héliose* comme pratique systématique de vie aux colonies à inculquer aux blancs qui y vont, à respecter ou à remettre en honneur chez l'autochtone.

L'ensoleillement permet aux Européens de mieux supporter la chaleur, de mener une vie active, de supprimer le besoin d'alcool, d'alcaloïdes, de toniques excitants artificiels, le moral se transforme, l'asthénie fait place à l'euphorie. Pour l'indigène, c'est le seul moyen d'éviter la tuberculose. Aussi l'auteur conclut-il qu'il est criminel d'imposer systématiquement le vêtement constant à des hommes nus depuis des siècles.

**Importance de la qualité du terrain pour la résistance aux parasites.** — M. Chauvois (de Paris). 1° Étant données les circonstances aggravantes que les colonies apportent sur la baisse des tonus sécrétoires digestifs et par suite sur la pullulation intradigestive des espèces microbiennes ou parasitaires, il est de la plus grande importance de ne pas ignorer et négliger l'aide que les processus digestifs retirent d'un contenant vigoureux.

2° Il est donc capital de réfléchir qu'aux colonies, plus encore que partout ailleurs, l'attention donnée à la solidité du ventre musculaire doit s'ajouter à celle si justement donnée aux apports alimentaires.

3° Par ventre musculaire nous entendons, tout à la fois : le muscle lisse digestif et le muscle strié de la paroi abdominale, leur double tonicité représentant un double élément fondamental de bonne qualité pour les processus digestifs.

4° Au point de vue prophylactique, celui donc désireux cette double vigueur abdominale, grâce à l'emploi des moyens suivants :

*a.* Une *hygiène alimentaire* bien surveillée ;

*b.* Des *disciplines physiques* quotidiennes.

La protection et la solidité du ventre assurées pour la journée par quelques tours de crêpe Velpeau, d'une bande de flanelle ou même d'une petite sangle élastique appuyant énergiquement le bas-ventre.

Bien entendu, enfin, la pratique (au plein air et en tenue légère) chaque fois que l'occasion s'en présentera, d'exercices et sports modérés susceptibles d'assouplir et de fortifier le corps sans l'épuiser.

Tous moyens capables de favoriser la défense organique générale et d'accroître la résistance du terrain.

## Assistance médicale aux colonies.

**Fonctionnement de l'assistance médicale au Maroc.** — M. Colombani. On sait que cette organisation a été créée et développée par le maréchal Lyautey (1912-1925) ; son évolution et son perfectionnement ont été poursuivis par MM. les résidents généraux Steeg et Saint. Son budget ordinaire de 1930 se monte à 30 524 581 francs, c'est dire l'importance de cette organisation.

L'*hygiène publique au Maroc* est concentrée en une seule main. Le directeur est assisté d'un directeur adjoint, de plusieurs conseillers techniques.

La direction reste en liaison constante avec la direction du service de santé militaire sur les terrains de l'assistance indigène et de la prophylaxie des épidémies, elle dirige l'action prophylactique générale et spéciale pour la protection sanitaire des collectivités indigène et européenne, contrôlée et secondée par l'Institut d'hygiène (Rabat).

*a. Dans le bled, par les groupes sanitaires mobiles* (15), organes de prospection et d'action sanitaire et de pénétration pacifique (Lyautey), par les *sections de prophylaxie régionale* (5).

*b. Dans les centres, les villes et les ports :*

Par les *dispensaires d'État* (16) : antivénériens (ou prophylactiques), ophtalmologiques (trachome), dermatologiques (teigne).

Par les *bureaux municipaux d'hygiène* (17). Lazarets, centres de désinfection et d'épouillage, visite des filles soumises, centres d'hébergement, asiles de nuit (le médecin chef du bureau d'hygiène est un agent d'État qui dépend de la direction de la S. H. P.).

Par les *agences sanitaires maritimes* (7). Surveillance prophylactique de la navigation et des ports (le médecin sanitaire maritime est un agent d'État qui dépend de la direction de la S. H. P.).

Par les *œuvres privées d'assistance* (créées et organisées par Mme la maréchale Lyautey, suivies et augmentées par Mmes Steeg et Saint. Subventionnées par le protectorat et contrôlées au point de vue technique par la direction, ces œuvres comprennent : maternités, gouttes de lait, crèches, garderies, orphelinats, dispensaires infantiles et antituberculeux. (Elles s'adressent autant à l'autochtone qu'à l'Européen.)

L'assistance médicale hospitalière (européenne et indi-

hôpitaux militaires. Hôpitaux mixtes européens avec sections militaire et indigène. Hôpitaux civils européens avec salles militaires. Hôpital civil autonome de Casablanca. Hôpital neuropsychiatrique de Ber-Réchid.

*b.* Six hôpitaux régionaux indigènes (1 506 lits) (extensibles à 2 000).

*c.* Vingt-sept infirmeries indigènes des grands centres (dont plusieurs comportent des chambres isolées pour Européens).

*d.* Vingt et une salles de visite indigènes.

*e.* Les formations françaises de la zone de Tanger, subventionnées par la direction (Institut Pasteur, hôpital et dispensaire).

Le recrutement du personnel médical est assuré par le système contractuel de début ou *contrat d'essai*. L'effectif du personnel technique de la S. H. P. au 31 décembre 1930 est de 838 unités, dont :

135 médecins, plus 41 médecins militaires assurant un service d'assistance médicale (fixe ou mobile en territoire militaire) ;

2 pharmaciens (dont le directeur de la Pharmacie centrale de la Santé et de l'hygiène publiques) ;

10 officiers de santé maritime, agents sanitaires maritimes ;

56 infirmiers spécialistes (nommés au concours), dont 7 infirmières ;

221 infirmiers ordinaires, dont 36 européens (16 femmes) et 185 indigènes (6 femmes) ;

414 auxiliaires (62 européens et 382 indigènes).

*Personnel administratif.* — Direction : 22 agents, Services extérieurs : 17 agents. Administrateurs économes des hôpitaux : 12.

La base de ravitaillement est constituée par la *pharmacie centrale de la S. H. P.* (Casablanca). Réserve de matériel et usine de conditionnement des produits nécessaires à tous les organismes sanitaires du protectorat, de fabrication de matériel et en particulier de fabrication de *la Quinine d'Etat* (dragées, comprimés, ampoules).

**Assistance médicale indigène à Madagascar.** — M. Roger Dumas. L'assistance médicale indigène a été créée pour la première fois dans les colonies françaises à Madagascar par Galliéni. Le médecin inspecteur général Lasnet, comme adjoint au directeur du service de santé fut chargé de l'étude de la question.

Jusqu'en 1927, chacune des vingt et une provinces ou districts autonomes était pourvu d'un hôpital fonctionnant sous la direction d'un médecin européen.

La nouvelle répartition administrative du territoire prévue par l'arrêté du 15 novembre 1927 comprend cinq régions divisées en quarante et une provinces.

Les soins aux indigènes sont assurés :

1. Dans chaque chef-lieu de région, dans un hôpital mixte, avec quartier européen et quartier indigène, dirigé par un médecin européen ;

2. Dans chaque chef-lieu de province, dans un hôpital indigène dirigé par un médecin européen ;

3. A l'intérieur des provinces, dans des postes médicaux dirigés par un médecin indigène ;

4. A Tananarive, dans un hôpital d'instruction de 600 lits inauguré en 1928 par le gouverneur général Olivier.

Pour une superficie de 627 337 kilomètres carrés et une population de 3 645 856 habitants, Madagascar possède :

1 677 lits d'hôpitaux ; 710 de postes médicaux ; 563 lits de maternité ; 1 100 lits de postes d'accouchements.

Un hôpital de tuberculeux ; un asile d'aliénés ; 17 léproseries, abritant 2 540 lépreux ; 165 dispensaires antivénériens, dont cinq fonctionnant d'après les méthodes Vernes.

Le personnel indigène est fourni par l'École de médecine de Tananarive ; il comprend actuellement 335 médecins indigènes et 367 sages-femmes.

Le budget annexe de l'A. M. I. comptait en 1929 pour 18 546 000 francs en recettes et en dépenses.

Parmi les sociétés s'occupant de la protection de l'enfance, la Croix-Rouge Malgache, grâce à la volonté de réussir de la présidente, Mme Marcel Olivier, est la plus active. Elle a fondé de nombreux dispensaires. Celui de Tamatave enregistrait 22 210 consultations en 1928. A Tananarive, les consultations sont passées de 12 500 en 1922 à 150 000 en 1929.

**L'assistance médicale indigène en Afrique occidentale française.** — M. Fulconis.

**Fonctionnement de l'assistance médicale en Indochine.** — M. Lalung-Bonnaire. Le corps de l'Assistance médicale, créé en Indochine par l'arrêté du 30 juin 1905, comprenait au début des médecins des troupes coloniales démissionnaires et des médecins civils auxquels venaient s'adjoindre des médecins militaires pour les postes pourvus de garnisons et le personnel auxiliaire composé des infirmiers et sages-femmes indigènes. Pour coordonner ces éléments si divers, la direction du nouvel organisme fut confiée au directeur général du Service de santé, qui devenait ainsi l'autorité unique des différents groupements concourant à la protection sanitaire du pays.

Au 31 décembre 1906, 96 médecins assuraient le service de l'Assistance, dont 38 au Tonkin, 13 en Annam, 26 en Cochinchine, 6 au Cambodge et 5 au Laos.

Au cours des années qui suivirent, et malgré le ralentissement occasionné par la Grande Guerre, l'essor de l'assistance se manifeste par l'accroissement progressif du nombre des médecins, par l'adjonction des médecins indochinois provenant de l'école de Hanoï, par la création des écoles d'infirmiers, d'infirmières et de sages-femmes et surtout une efflorescence rapide d'établissements hospitaliers, scientifiques et de postes médicaux ruraux. C'est ainsi qu'au 31 décembre 1929, le personnel concourant aux différents services de l'Assistance comprenait :

*a.* Personnel européen : 169 médecins (44 militaires H. C., 22 civils contractuels ou libres, 103 médecins de l'assistance), 8 pharmaciens, 6 sages-femmes, 19 infirmiers, 30 infirmières et 33 agents divers.

*b.* Personnel indigène : 214 médecins et 35 pharmaciens indochinois provenant de l'École de Hanoï, 422 sages-femmes, 1 345 infirmiers, 199 infirmières et 1 506 agents divers. Enfin le chiffre des formations sanitaires de l'Assistance passait de 129 en 1906 à 600, dont 593 pour l'Indochine et 7 pour les postes consulaires.

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

## Personnel médical.

**L'École de médecine de l'Afrique occidentale française. Formation morale et technique.** — M. COUVY. L'École de médecine de l'Afrique occidentale française, ouverte en novembre 1918, forme des médecins, des pharmaciens, des sages-femmes et des infirmières-visiteuses.

Ses élèves se recrutent dans les colonies du groupe et sont destinés à servir d'auxiliaires médicaux à tous les organes d'Assistance médicale et sociale d'A. O. F.

Le mode de formation morale et technique devait tenir compte des conditions particulières, intellectuelles, psychologiques, sociales, ethnographiques, physiologiques même, tant des élèves que du milieu dans lequel ils seront appelés à exercer.

Aussi s'est-on bien gardé à Dakar de transposer simplement les programmes et les méthodes de France ; et s'est-on attaché à donner à l'enseignement une orientation délibérément pratique, en mêlant intimement les élèves à la vie de l'hôpital et de toutes les organisations médicales, d'hygiène et de prophylaxie sociale, dont ils sont les bons ouvriers.

La formation morale a été l'objet d'une ttention toute particulière et tient une place prépondérante dans les préoccupations de la direction de l'école.

L'expérience a démontré que les efforts n'ont pas été stériles et que les élèves ainsi formés constituent de bons petits praticiens moyens, possédant un bagage solide, suffisant pour leur permettre de tenir fort convenablement un poste médical, et de rendre en outre de grands services au point de vue de l'épidémiologie et de la médecine sociale. L'empreinte morale reçue à l'école persiste et les médecins auxiliaires de l'Afrique occidentale française font honneur au corps médical.

**Formation et rôle des sages-femmes et infirmières-visiteuses indigènes.** — M. CROZAT, dans un intéressant exposé, montre que les sages-femmes indigènes peuvent suivre une grossesse, elles sont averties des méfaits de la syphilis et de l'albuminurie ; elles font dans de bonnes conditions et avec propreté un accouchement et une délivrance simples, savent combattre certaines hémorragies, ranimer un enfant et lui éviter le tétanos ombilical, elles possèdent des règles élémentaires de puériculture pour conseiller et surveiller même un allaitement artificiel.

Il ne faut pas leur demander de thérapeutique ; elles ne sont capables que de prophylaxie.

Leurs possibilités sont suffisantes pour diminuer les méfaits de la mortalité (18 p. 100) et de la mortalité infantile (25 à 30 p. 100). Leur mise en service encore récente, la lutte qu'elles ont à soutenir contre les croyances, les sorciers et les matrones font que les résultats réels qu'elles obtiennent sont encore modestes.

Les infirmières visiteuses recherchent les malades, surtout les tuberculeux, font des soins à domicile (à Dakar, elles pratiquent également les vaccinations au BCG des enfants nés en ville), essaient d'inculquer des éléments d'hygiène, renseignent sur la topographie sanitaire. C'est la liaison réalisée entre l'indigène et le dispensaire. C'est aussi la liaison entre les femmes indigènes et la sage-femme ; et ce service, qui donne d'excellents résultats, à Dakar, pour la protection de l'enfance, permet d'escompter les mêmes succès dans les postes médicaux.

**La vaccination antivariolique aux colonies, son importance, son organisation, ses résultats.** — M. RIGOLLET fait l'historique de la vaccination aux colonies.

Les essais du début, par la méthode de bras à bras, n'ont eu d'action prophylactique que dans un rayon restreint autour des centres. Pour répandre la vaccine dans la masse de la population, de multiples problèmes se sont posés, dont la solution n'a pas été trouvée sans difficultés ni tâtonnements.

Nous avons dû d'abord assurer l'approvisionnement en quantité suffisante d'un vaccin de bonne qualité. Ce résultat n'a été obtenu que par la création d'Instituts vaccinogènes dans nos possessions. Le premier en date est celui de Saïgon organisé par Calmette, en 1891 ; Tananarive en 1899, Saint-Louis en 1902, puis toutes nos colonies ont suivi le mouvement. A l'heure actuelle, nous comptons, outre-mer, trente-deux parcs vaccinogènes produisant chaque année douze millions de doses de lymphe.

Le vaccin obtenu, il a fallu lui conserver son activité jusqu'aux lieux de son emploi, pendant son transport souvent prolongé sous des conditions de température très défavorables ; il a fallu former des vaccinateurs, faire accepter la vaccine par les indigènes, lutter contre l'influence des variolisateurs...

Ces exigences ont été progressivement à peu près satisfaites et 8 à 10 millions d'inoculations sont maintenant effectuées chaque année dans nos possessions d'outre-mer. Cependant quelques péripéties épidémiques s'observent encore. Elles rappellent que les mesures ne sauraient être relâchées sans imprudence et soulignent le danger des opérations exécutées selon des méthodes insuffisantes ou incorrectes.

Les résultats n'en sont pas moins remarquables, puisque les grandes pandémies du siècle dernier ont disparu et que, dans toutes nos colonies, le croît de la population est dû, pour une très grande part, on peut l'affirmer, à notre organisation antivariolique.

## Chirurgie coloniale.

**Le traitement de l'éléphantiasis.** — M. BOTRAU-ROUSSEL. L'auteur réserve le traitement chirurgical, traitement symptomatique et palliatif, à la période ultime de l'affection, aux lésions fixées ou gênantes par leur volume. Se basant sur des arguments géographiques, cliniques, anatomo-pathologiques et bactériologiques, il rejette l'hypothèse classique de Patrick Manson, attribuant l'éléphantiasis à la filariose.

Cette affection serait due à un germe voisin du streptocoque, et la pachydermie progressive qui la caractérise se développerait après plusieurs poussées aiguës comparables à l'érysipèle. La thérapeutique doit donc s'orienter vers la recherche d'une vaccinothérapie spécifique. En l'absence de celle-ci, on attachera la plus grande importance aux soins locaux.

Le traitement chirurgical est indiqué dans l'éléphantiasis du scrotum. L'auteur accorde sa préférence au procédé de Guyamarc'h.

**Indications chirurgicales au cours des maladies colo**

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

**niales en France.** — M. G. Léo. Les indications opératoires en France, en ce qui concerne les maladies coloniales, peuvent être considérées à deux points de vue :

1° Celui des indigènes qui viennent vivre dans notre pays, avec leurs hérédités et leur terrain biologique particulier ;

2° Celui des Européens qui ont conservé leurs hérédités et leur terrain biologique différent de celui des indigènes des colonies, mais qui au cours de leur expatriation ont contracté des maladies dont ils continuent à être atteints en France.

Les Européens sont exposés à des opérations en France à l'occasion des complications de la dysenterie amibienne, ou à l'occasion de leur infestation par la filariose ou par la bilharziose. Les indigènes de nos colonies peuvent être exposés aux mêmes maladies, mais, de plus, leur organisme ne leur permet pas une défense contre la tuberculose, en général, et contre la tuberculose dite chirurgicale, en particulier, égale à celle de la race blanche, d'où la nécessité d'une acclimatation progressive (médecin principal H.-L. Coureaud).

L'abcès du foie après dysenterie amibienne constitue la maladie la plus utile à connaître. En France, le parasite trouve des conditions moins favorables pour lui. La tendance à la guérison est beaucoup plus accentuée qu'elle ne l'est dans les pays où l'amibe se développe plus favorablement. L'emploi de l'émétine préconisé aux Indes, en 1911, par Rogers, constitue un progrès éclatant qui permet à la fois d'éviter l'opération et d'arrêter dans son évolution l'infection hépatique à son début.

Les conseils donnés par le regretté professeur Lecène dans son article de la *Thérapeutique chirurgicale* de P. Lecène et R. Leriche sont le meilleur guide. Incision de l'abcès en choisissant la voie d'accès la plus favorable comme pour tout abcès du foie, amibien ou non amibien, marsupialisation, drainage, pour éviter l'écoulement du pus dans la grande cavité péritonéale. Quelques auteurs cependant ont pu, dans des circonstances favorables, refermer sans drainage une fois l'abcès évacué. Pronostic favorable quand l'abcès est unique avec une mortalité de 20 p. 100 (Stevens) ou 10 p. 100 (Ludlow). Pour les abcès multiples, la mortalité s'élève jusqu'à 80 p. 100. L'ouverture de l'abcès dans les bronches aggrave le pronostic. On intervient dans ce cas sur la poche hépatico-bronchique, on la draine. La fistule hépatico-bronchique se fermera spontanément. 30 p. 100 de mortalité dans ces cas.

Le traitement de la filariose a été très amélioré par l'emploi de procédés modernes, particulièrement par la novocaïne seule, ou associée au sublimé, pour tuer le ver, long parfois de 30 centimètres. On l'extrait en une seule séance, généralement d'une seule venue, au lieu de l'extraire en une dizaine de jours, par une petite traction quotidienne, selon les procédés anciens des indigènes.

La bilharziose s'observe surtout à Toulon et à Marseille, chez les sujets qui l'ont contractée aux colonies. Le *Schistosomum hæmatobium* ou bilharziose d'Égypte, vit dans le système veineux, émet des œufs qui s'enkysten

dans la vessie surtout, plus rarement dans les organes génitaux, ou ailleurs. La cystostomie sus-pubienne est la seule opération mentionnée dans les ouvrages classiques contre la bilharziose vésicale. Le *Schistosomum Mansoni*, dont la répartition géographique est plus étendue que la précédente, localise des œufs dans le rectum du sujet atteint. Le traitement chirurgical, par résection des polypes rectaux, n'est possible qu'au début de la maladie ; même en ce cas, les parasites qui pondent les œufs subsistent dans le système veineux. Le *Schistosomum japonicum* ne donne lieu à aucune considération d'ordre chirurgical.

Comme conclusion, on peut remarquer que les parasites, ceux des colonies comme ceux de France, altèrent l'état général quand leurs lésions atteignent le tube digestif et ses annexes, et le respectent presque toujours lorsque leurs lésions ne sont pas viscérales.

**Les myosites infectieuses en milieu colonial** — M. P. Huard. L'auteur met en évidence les points communs qui existent entre les myosites d'Europe et celles des pays chauds ; il montre l'intérêt qu'il y a au point de vue pathogénique et thérapeutique à ne pas les différencier outre mesure, mais au contraire à les rapprocher conformément aux données de la pathologie générale qui est une. Au passage, il signale l'aspect « vieille chirurgie » qu'ont certaines de ces myosites septicémiques. La recherche de la fluctuation, à la façon des maîtres du XIXe siècle, a une importance clinique capitale. Le traitement, qui doit toujours être adéquat aux lésions, demande beaucoup de bon sens. Il s'agit d'une maladie mixte, médico-chirurgicale, qui demande à la fois un traitement médical et un traitement opératoire, dans la mise en œuvre duquel il faut savoir jouer de la ponction, du séton, de l'irrigation discontinue, de l'incision large et de la suture précoce. L'auteur souligne enfin le point faible de nos connaissances sur les myosites : l'anatomie pathologique.

**Le cancer chez l'Annamite.** — M. J. Bablet, directeur de l'Institut Pasteur de Hanoï.

L'Annamite, en Cochinchine, comme au Tonkin, apparaît aussi sensible au cancer que les habitants des pays tempérés.

Certaines localisations offrent en Indochine une fréquence anormale : cancers de la verge, néoplasmes cervicaux, tumeurs développées aux dépens de la muqueuse buccale : alors que les cancers des organes digestifs sont rarement observés chez l'Annamite. Au point de vue histologique, le seul point intéressant est la proportion élevée des tumeurs conjonctives par rapport aux cancers épithéliaux (1 sarcome pour 6 épithéliomas au lieu de 1 p. 20 dans les pays tempérés).

La sensibilité des deux sexes ne paraît pas très différente. L'âge du cancer est notablement abaissé chez l'Annamite.

**Les complications infectieuses autogènes des suites de couches en Indochine.** — M. Pierre Dalmas, ancien chef de clinique d'accouchement, médecin de l'Assistance.

**Le « Goundou ».** — M. Gautron. On désigne par ce terme d'un dialecte de la Côte d'Ivoire les tumeurs osseuses paranasales dont Maclaud, médecin de la marine française, a donné en 1895 la description d'après sept cas qu'il avait observés chez des indigènes pendant un séjour dans cette colonie.

Avant lui, des auteurs anglais, Mac-Alister et Lampery, avaient signalé cette affection observée par eux chez des indigènes de la Gold Coast britannique vers 1880.

L'affection fut constatée par différents auteurs français et étrangers dans divers pays de la zone intertropicale tant en Afrique qu'en Asie, en Amérique et en Océanie : au Togo, au Cameroun, en Afrique Orientale allemande, en Sierra-Léone, en Angola, dans la péninsule malaise, à Sumatra, dans la Chine du Sud, au Mexique, au Brésil, aux Antilles, en Nouvelle-Guinée, aux îles Samoa, etc. Le travail français le plus important sur la question est celui de Botreau-Roussel, médecin colonel des troupes coloniales, paru en 1925 et faisant suite à des communications données en 1917 à la Société de pathologie exotique.

La description varie peu suivant les auteurs, et les anatomo-pathologistes qui ont eu à étudier ces tumeurs enlevées chirurgicalement ont fait des constatations superposables sur leur nature. Tumeurs de consistance osseuse, la plupart du temps symétriques, sans modifications de la peau, se développant assez lentement, sans réaction inflammatoire accusée, pouvant acquérir un volume assez considérable, une noix, une mandarine.

C'est en général aux dépens de la branche montante du maxillaire supérieur que l'hyperostose se produit ; l'os propre du nez, l'unguis peuvent participer au processus d'ostéite. Celui-ci peut même s'étendre au maxillaire supérieur tout entier, à l'os malaire, au maxillaire inférieur. Ces formations tumorales sont des hyperplasies ostéogéniques de caractère inflammatoire et non des ostéomes. Les auteurs ne sont pas d'accord sur l'étiologie, la pathogénie du goundou ; les premiers auteurs ont pensé à une infection des fosses nasales par des larves de diptères, d'autres à la syphilis acquise ou héréditaire. Botreau-Roussel, dans son important mémoire, rattache le goundou au pian. Pour lui le goundou, la tumeur paranasale n'est qu'une localisation particulière au squelette de la face de l'infection pianique. Cette tumeur peut se présenter en même temps que d'autres manifestations hyperplasiques du squelette qu'il considère comme des ostéites pianiques. Cette opinion n'est pas admise par d'autres auteurs.

On a rapporté un certain nombre de cas de tumeurs paranasales chez les singes, tumeurs dont la nature reste indéterminée jusqu'ici. Il est d'ailleurs possible que cette affection du singe n'ait aucun rapport étiologique avec le goundou humain.

## Spécialités.

**Le trachome en Afrique.** — M. Cuénod (Tunis). Il existe, en Afrique, trois foyers principaux de trachome. Ce sont par ordre d'importance : 1° l'*Egypte* ; 2° l'*Afrique Mineure*, c'est-à-dire l'Algérie, la Tunisie et le Maroc ; 3° l'*Afrique australe*.

De ces trois foyers, celui de l'Égypte est le plus connu à cause : 1° de son intensité (90 p. 100 de la population indigène) ; 2° de son rayonnement maléfique depuis l'antiquité jusqu'à nos jours ; 3° enfin, de l'admirable campagne antitrachomateuse inaugurée au commencement du siècle par Mac-Callan.

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Le foyer sud-africain est peu connu, les statistiques manquent et son éloignement relatif fait qu'il n'a pour nous qu'un intérêt restreint.

Le foyer algéro-tunisino-marocain, en revanche, nous intéresse au plus haut degré. On y constate un pourcentage d'environ 10 p. 100 de la population, dans les régions les plus septentrionales ; cet index atteint fréquemment 95 et même 100 p. 100 dans les oasis et dans les agglomérations purement autochtones de l'extrême sud. De là, le trachome s'infiltre par le moyen des trafiquants musulmans jusqu'à nos postes de l'Afrique équatoriale.

Partout la lutte est engagée. L'initiative privée, la Ligue contre le trachome et les pouvoirs publics rivalisent de zèle.

Il reste encore beaucoup à faire, mais dès maintenant on a l'impression très nette que l'on gagne du terrain sur l'ennemi.

Il faut intensifier l'offensive et ne point regarder à la dépense.

**Trachome en Indochine.** — M. Fleury. Le trachome est très répandu en Indochine et l'on estime que le pourcentage des trachomateux en Cochinchine est de 20 à 25 p. 100, au Tonkin et en Annam de 50 à 60 p. 100. Moins répandu au Cambodge et au Laos, il semble qu'il soit importé dans ces pays par les Chinois et les Annamites.

Pour se rendre un compte exact de la diffusion du trachome, il ne faut pas se contenter de le rechercher dans les formations hospitalières, mais il faut le dépister dans la famille, dans les écoles, dans les campagnes.

La prophylaxie du trachome comprend la prophylaxie rurale, la prophylaxie dans les écoles, chez les adultes et dans l'armée. La première est difficile en raison de l'éparpillement de la population, des communications précaires entre les villes et les villages. Quelques essais ont été faits en Annam.

### Communications diverses.

**Un nouveau procédé de préparation des viandes.** — M. A. Gauducheau. Aux procédés déjà connus, l'auteur en ajoute un nouveau dont il est l'inventeur.

On trouve habituellement aux colonies des viandes qui n'ont pas la qualité de celles que nous avons en Europe : les animaux y sont souvent maigres et le fumet de leur chair y est parfois médiocre. M. Gauducheau a trouvé un procédé, dit des intrasauces, qui permet de remédier, dans une certaine mesure, à ces défauts ; il consiste à mettre dans les viandes, à la place du sang évacué au moment de la saignée, une graisse alimentaire convenablement assaisonnée, pour engraisser instantanément les bêtes maigres et pour améliorer la saveur de leurs viandes.

**Les extraits de foie dans le traitement des anémies tropicales.** — M. Riou. Les difficultés qui se présentent aux colonies pour se procurer du foie et pour le conserver frais, ont amené l'auteur à étudier, comparativement à l'efficacité de l'ingestion de foie cru, celle des extraits hépatiques purifiés dont la conservation est parfaite. Ayant précisé les modalités du traitement et ses indica-

tious particulières, il conclut que les résultats obtenus sont aussi bons avec les deux méthodes. L'emploi des extraits permet de plus l'absorption de doses élevées de foie sans provoquer d'intolérance.

F. L. S.

## LES JOURNÉES D'AVIATION SANITAIRE COLONIALE

En même temps que les Journées médicales, et en parfait accord avec elles, se sont tenues des Journées d'aviation sanitaire coloniale. Grâce à l'entente des deux comités d'organisation et en ce qui concerne particulièrement l'aviation, grâce à l'initiative de M. A. Nemirowsky, commissaire général, et de M. le médecin commandant Mouchard, commissaire scientifique, plusieurs séances communes ont eu lieu.

Le manque de place nous force à signaler très brièvement les remarquables rapports des Journées de l'aviation sanitaire coloniale.

Ce fut d'abord **l'historique de l'aviation sanitaire** par notre confrère Foveau de Courmelles qui rappela très heureusement le rôle joué par les précurseurs de l'aviation sanitaire, par notre regretté confrère le sénateur Emile Reymond, mort depuis pour la France, par notre confrère le sénateur Chassaing, par l'ingénieur Nemirowsky, par le Dr Tilmant.

**L'utilisation de l'aviation sanitaire dans l'assistance médicale aux colonies** fut exposée par le médecin commandant Quermener et le capitaine Michel, des troupes coloniales.

Après avoir rappelé les services rendus par l'aviation qui a pu faire en A. O. F. des évacuations de grands malades en parcourant plus de 2 000 kilomètres dans une journée, les rapporteurs exposent les bases de la réglementation adoptée : l'aviation militaire coloniale est chargée, sur réquisition de l'autorité civile ou militaire, d'assurer les transports sanitaires aériens demandés par le Service de santé ou les intéressés eux-mêmes, qu'ils soient fonctionnaires, auxiliaires ou simples particuliers.

L'Etat prend à sa charge la presque totalité des frais de transport.

On voit combien est généreuse et imbue d'une saine compréhension des choses coloniales cette réglementation du ministère des Colonies.

**Le rôle des avions sanitaires pour le fonctionnement de l'assistance médicale aux Colonies.** — M. le médecin capitaine Martinet, des troupes métropolitaines, montre les grands services que l'assistance médicale par avion a pu rendre en Syrie et notamment dans le cercle du Palmyre.

**L'aviation sanitaire au Maroc.** — MM. le colonel Cheutin, commandant de l'aviation au Maroc, et le médecin colonel Epaulard, sous directeur du Service de santé du Maroc, démontrent les services extraordinaires rendus par l'aviation au Maroc.

Deux chiffres : en 1921, 84 évacués ; en 1925, 987 évacués ; de 1921 à 1930, 3 306 évacués.

**(Suite à la page XI).**

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Les rapporteurs insistent sur la nécessité de développer l'aviation sanitaire au Maroc avec deux types d'appareils : un petit avion pouvant atterrir en tous terrains et un avion moyen pour deux ou trois blessés à un grand rayon d'action. Il y a intérêt à ce que les appareils volent de façon régulière en les utilisant au besoin pour des transports non sanitaires.

**Le fonctionnement de l'aviation sanitaire au Levant** est étudié ensuite par le colonel ORTHLIEB.

**La chirurgie et l'aviation sanitaire au Maroc** par le médecin colonel BOTREAU-ROUSSEL.

**La chirurgie et l'aviation sanitaire en Afrique du Nord** par M. le professeur agrégé LACAZE (du Val-de-Grâce).

**L'aviation sanitaire en A. O. F.** par le médecin colonel PASSA et le capitaine GAILLARD.

**L'étude d'un projet d'organisation d'un service de santé de l'air pour le Congo belge** a fait ensuite l'objet d'un rapport du Dr A. TILMANT.

**L'aviation sanitaire en Indochine** est étudiée par le médecin colonel PASSA et le capitaine MICHEL.

**L'avion colonial** est défini par M. l'ingénieur en chef Suffrin HÉBERT qui démontre son utilisation possible comme avion sanitaire.

**Le matériel aéronautique** est étudié dans deux rapports par le capitaine MICHEL et par M. P.-L. RICHARD (de l'Aéro-postale).

Enfin M. Carl PETERSEN montre les progrès de **l'aviation sanitaire en Suède.**

Des démonstrations pratiques ont obtenu un grand succès au Bourget et à Orly. Le ministre de l'Air, qui avait assisté à plusieurs séances du Congrès, a assisté également à ces démonstrations.

Enfin des visites d'usines ont complété utilement le programme de ces belles journées.

## LES RÉCEPTIONS DES JOURNÉES MÉDICALES COLONIALES

A côté des séances de travail, le Comité d'organisation des Journées médicales coloniales avait prévu un certain nombre de promenades et de réceptions qui ont obtenu un très grand succès.

Le Comité des dames avait à son programme une visite détaillée de l'Exposition très admirablement organisée par le Comte Félix de Vogüé, secrétaire général du Comité d'accueil du Commissariat général. M. de Vogüé fut d'ailleurs tout le temps sur la brèche et fit l'impossible pour faciliter la tâche du Comité d'organisation.

Les dames assistèrent à un thé offert par Mme la maréchale Lyautey dans ses beaux salons de la rue Bonaparte, à une réception chez Mme la marquise de Ganay dans le magnifique château de Courance, à un thé offert par Mme la vicomtesse Benoist d'Azy, née Vogüé, dans son hôtel de la rue Fabert, enfin à de nombreuses promenades à Paris et aux environs.

Les congressistes ne furent pas oubliés et ils purent, de leur côté, prendre part aux fêtes de jour et de nuit organisées à l'Exposition coloniale, à la très belle fête militaire coloniale du vélodrome de Vincennes, à la fête de nuit du commissariat général, véritable féerie qui marqua la fin du Congrès. Le banquet de clôture, dans la magnifique salle du Musée permanent, fut une véritable apothéose. Les acclamations qui accueillirent le discours de M. le ministre des Colonies, l'ovation sans fin que les convives, debout, firent à M. le maréchal Lyautey, resteront comme un des grands souvenirs de ces assises coloniales dont M. l'inspecteur général Lasnet, le professeur Tanon, le Dr S. Boys et ses collègues furent les prestigieux animateurs.

F. L. S.

---

## VIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES

*La Haye, 15-20 juin 1931.*

Le Congrès international de médecine et de pharmacie militaires, qui depuis 1921 se réunit tous les deux ans, a tenu sa sixième session à La Haye du 15 au 20 juin 1931. Cette réunion a obtenu un succès égal à celui des sessions de Bruxelles, de Rome, de Paris, de Varsovie et de Londres, tant par le nombre des pays représentés (trente nations ont envoyé des délégués à la Haye) que par l'intérêt des questions traitées.

S. A. R. le prince Henri des Pays-Bas, en présidant la séance d'ouverture de ce congrès auquel il avait bien voulu accorder son haut patronage, tint à marquer la haute estime que mérite l'effort persévérant de ceux qui s'associent pour atténuer les misères provoquées par la guerre.

Dans leurs discours d'ouverture, le ministre des Affaires étrangères des Pays-Bas, le général major Dr J.-C. Diehl, président de la session de la Haye, le major médecin J. Voncken, secrétaire permanent du congrès, surent montrer ce que l'on est en droit d'attendre de cette confiante collaboration des médecins militaires et civils de toutes les nations pour l'amélioration du sort des malades et des blessés, pour le perfectionnement de l'organisation générale du service de santé et pour la mise au point des meilleures méthodes de traitement en vue de l'éventualité qu'il faut, hélas, toujours redouter d'un nouveau conflit armé.

Les questions mises à l'ordre du jour du congrès furent les suivantes :

PREMIÈRE QUESTION. — **Recrutement, formation et perfectionnement des médecins et des pharmaciens militaires.**

*Rapporteurs* : Pays-Bas, Yougo-Slavie.

1° Le capitaine médecin G. A. SEDEE, de l'armée des Indes Néerlandaises, passe en revue dans son rapport les différents modes de recrutement, de formation et de perfectionnement du corps de santé dans les principales nations représentées au congrès. Il estime que la préparation professionnelle du médecin militaire doit commencer dès le début des études universitaires, dans des écoles spéciales. Après sa nomination, le médecin militaire doit être placé dans les meilleures conditions de perfectionnement et d'instruction pratique. L'enseignement de la tactique médico-militaire doit faire l'objet d'une particulière attention. La formation générale du médecin mili-

taire doit être favorisée par des études comparatives de l'organisation et du fonctionnement du service de santé dans les armées étrangères (Office central de documentation médico-militaire, détachement auprès d'autres armées).

Il est souhaitable que l'exercice de la pratique civile soit interdit au médecin militaire, sauf exceptions, et que sa situation financière et scientifique soit rendue assez attrayante pour que la sélection des candidats soit plus rigoureuse.

2° Le médecin lieutenant-colonel RADMILO YOVANOVITCH et le médecin commandant Alexandre GEORGEVITCH, du service de santé de l'armée yougo-slave, présentent une étude critique approfondie et très documentée des divers systèmes de recrutement des médecins et des pharmaciens de l'armée. Ils montrent l'étendue et la complexité des connaissances requises en matières : militaires, médico-militaires, administratives, hygiène, épidémiologie, déontologie, médecine légale, clinique médicale et chirurgicale, d'où la nécessité d'établir de façon très étudiée le programme d'enseignement. Ce programme ne peut être réalisé que dans une école unique. Ils sont d'avis qu'il est nécessaire, étant donnés l'état actuel des sciences médicales et les besoins de l'armée, d'établir une différenciation stricte entre les médecins des hôpitaux et les médecins de corps de troupe, ou pourvus de fonctions administratives. Ils estiment que cette différenciation est indispensable au perfectionnement de chaque catégorie de médecins et prévoient la création de centres spéciaux d'études à cet effet. Dans toutes les armées les médecins et les pharmaciens militaires ont le rang d'officier avec tous les droits et devoirs qu'il comporte. Des indemnités spéciales d'études, de cabinet, devraient leur être accordées en raison de la compétence spéciale exigée et de la responsabilité encourue.

L'exercice de la médecine civile devrait être autorisé, d'après l'avis des rapporteurs qui y voient un moyen de perfectionnement et un stimulant pour l'activité personnelle.

**Discussion**. — Le médecin général inspecteur LANNE, président du Comité consultatif de santé, chef de la Délégation française, est d'accord avec les rapporteurs yougo-slaves en ce qui concerne la nécessité d'avoir une école unique de formation des médecins militaires. Il signale que l'essai qui vient d'être tenté en France pendant les dix années d'après guerre du détachement des élèves dans les diverses villes de Facultés s'est montré défectueux ; aussi le retour au régime d'avant guerre a-t-il été décidé. La formation moyenne des élèves groupés dans une même école est meilleure et, d'autre part, l'éducation nécessaire y est assurée. Il importe de créer un esprit spécial aux jeunes médecins militaires. Dans le même ordre d'idées, il est souhaitable de ne pas avoir recours au recrutement direct des médecins déjà diplômés. La sélection doit se faire à l'origine.

Mais le médecin général inspecteur Lanne n'est pas de l'avis des rapporteurs, à l'égard de la spécialisation des médecins militaires. S'il est bon de favoriser par tous les moyens le perfectionnement technique, il ne faut pas que la technicité soit exclusive des fonctions administratives, et il serait préjudiciable à l'unité du corps de santé de créer des catégories différentes de médecins militaires. Ce système, mis à l'épreuve en France de 1852 à 1885, avait provoqué une scission dans le corps de santé, les médecins régimentaires ou chargés de fonctions administratives étant considérés comme des médecins « de seconde zone ». En outre, si l'on écartait les techniciens du commandement et de l'administration, ce serait la mort de l'autonomie du service de santé. Il faut des spécialistes, mais ceux-ci doivent, au cours de leur carrière, reprendre contact avec la troupe et la tactique militaire ; ce contact nécessite des connaissances particulières qui sont notre raison d'être dans l'armée.

Quant à l'exercice de la clientèle civile, il est impossible en France, en raison de la pléthore des médecins civils. L'attribution de soldes spéciales est également peu souhaitable ; mais il est légitime d'améliorer la situation matérielle et morale des médecins militaires. La nouvelle loi des cadres de 1928 y a contribué en France en augmentant la proportion des officiers supérieurs du service de santé qui a été portée à 40 p. 100, alors qu'elle n'est que de 28 p. 100 pour les autres armes et services.

Le capitaine d'administration de réserve VAN STEENBERGHE expose l'organisation et le rôle du corps des officiers d'administration du service de santé dans l'armée française. Il rappelle les avantages apportés à la situation morale et matérielle de ces officiers par la loi du 28 mars 1928 (appellations, accession au grade de lieutenant-colonel), signale leur mode de recrutement, l'enseignement qu'ils reçoivent, l'organisation des écoles de perfectionnement pour les officiers d'administration de réserve et l'existence d'un bulletin mensuel de leur association. L'étude comparative qu'il a faite montre que dans les autres armées l'organisation du corps des officiers d'administration est très différente de la nôtre. Il propose que cette étude comparative très complexe fasse l'objet d'un rapport à un prochain congrès.

Le médecin lieutenant-colonel VAN BAUMBERGHEN BARDAJI, de l'armée espagnole, fait un exposé de l'organisation du corps de santé militaire en Espagne. Le recrutement s'y opère directement parmi les docteurs en médecine, par voie de concours. Des examens de passage sont prévus pour l'accession aux divers grades. Il existe des spécialistes pour les diverses branches médicales. Le lieutenant-colonel Van Baumberghen est partisan de l'inamovibilité dans les différentes fonctions. Le médecin militaire est un officier égal en tout à ceux des autres armes et services.

Son Excellence F. CASTILLO NAJERA, ministre plénipotentiaire du Mexique aux Pays-Bas, signale qu'il existe au Mexique une école de Service de santé créée en 1916, qui donne toutes satisfactions pour le recrutement des médecins militaires. Les élèves y sont pourvus de grades allant de caporal à capitaine. Ils contractent un engagement de trois ans et sont autorisés à exercer la pratique civile.

Le pharmacien militaire de première classe DON R. ROLDÁN, de l'armée espagnole, estime qu'il est nécessaire d'étudier séparément les deux questions du recrutement des médecins et des pharmaciens. Il expose l'état actuel du recrutement des pharmaciens militaires en Espagne : entrée par concours à l'Académie de pharmacie militaire, cours spéciaux de perfectionnement pour les pharmaciens en fonction.

Le médecin-major J. SANCHEZ GOMEZ, de la marine de guerre espagnole, expose le mode de recrutement des médecins de la marine espagnole qui se fait par concours parmi les médecins civils, suivi d'un stage à l'école de médecine militaire navale. Il insiste sur l'importance de la formation morale des médecins de cette école.

Le médecin lieutenant-colonel PAITRE, professeur au Val-de-Grâce, montre que les trois questions de recrutement, de formation et de perfectionnement des médecins militaires se tiennent, elles sont liées au sort matériel du médecin de l'armée.

Faut-il recruter tôt? Oui, car nous attirons ainsi des sujets de valeur qui s'ignorent, nous en bénéficions.

Le concours est nécessaire pour notre recrutement.

Dans la formation, la valeur personnelle intrinsèque intervient. Il faut en tenir compte et donner des garanties d'avenir aux travailleurs. Il y a tout intérêt à réunir dans une même école de formation les futurs médecins militaires. L'épithète « militaire » n'est pas une soustraction de valeur, mais une addition. Par le groupement on diminue l'élite mais on renforce la moyenne.

Le perfectionnement doit être recherché par la voie des concours. Le concours reste le moyen juste, honnête et fécond.

Le colonel C.-R. REYNOLDS, de l'armée des États-Unis, signale les divers modes de recrutement des médecins militaires, qui existent aux États-Unis. Étant données les notions très différentes nécessaires à la pratique civile et à la pratique militaire, on a créé des cours par correspondance pour les médecins de réserve.

Le médecin colonel H. KADRY BEY, sous-directeur de l'hôpital d'application « Gülhané » à Stamboul, expose l'organisation des études des médecins militaires en Turquie : six années à l'école de médecine militaire annexée à la Faculté, et un stage à l'école d'application. Le même principe est observé pour les pharmaciens, Les médecins militaires turcs peuvent faire de la clientèle sous certaines conditions.

Le médecin en chef de première classe BELLET, de la marine française, rappelle le mode de recrutement des médecins et des pharmaciens chimistes de la marine française. Ce recrutement a lieu dès le début des études par trois écoles annexes : Brest, Belfort et Toulon, qui préparent au concours d'entrée à l'école de formation, instituée à Bordeaux pour la marine et les colonies. Études suivies d'une année à l'école d'application de Toulon, pour la marine, ou à celle de Marseille, pour les colonies. Ces écoles recrutent surtout leurs candidats dans les familles de nos grands ports où demeurent les traditions coloniales et navales. Les médecins de marine sont astreints à servir un an à la mer dans chaque grade. Divers concours entretiennent l'émulation.

Le médecin général M. BUTOIANU, inspecteur général de l'armée roumaine, indique le mode de recrutement par concours à l'Institut sanitaire militaire de Bucarest, suivi d'un stage à l'école d'application. L'avancement des médecins militaires roumains se fait à l'ancienneté jusqu'au grade de commandant, puis au choix à partir du grade de lieutenant-colonel. Des stages sont prévus à l'étranger. Le droit à la pratique civile est reconnu.

Le Dr S. THUREUS, médecin en chef de la section de stomatologie et d'odontologie de l'hôpital militaire de Stockholm, estime qu'en matière de prothèse maxillo-faciale, la collaboration entre le médecin et le dentiste est indispensable et qu'il y a lieu d'instituer un enseignement odontologique pour tous les médecins militaires. Cet enseignement est donné en Suède à l'hôpital de Stockholm et à celui d'Upsala.

Le médecin capitaine E. BLASCO SALAS apporte quelques détails sur le service médical dans l'armée espagnole.

Le Dr P. VOLLENWEIDER, médecin de la deuxième division suisse, signale que dans l'armée helvétique les médecins suivent des cours de sept semaines dans des écoles d'application où l'instruction est limitée aux matières purement militaires. Le perfectionnement est assuré par un cours de trois semaines que doit suivre le médecin premier lieutenant. Ce cours porte sur le service de santé en campagne et les exercices tactiques. Tous les trois ans ont lieu, en Suisse, des concours de tactique sanitaire.

A la suite de cette discussion, les conclusions générales suivantes ont été adoptées :

**Conclusions.** — I. La question du recrutement ne comporte que deux solutions :

1° Recrutement précoce parmi les étudiants en médecine et en pharmacie au début de la scolarité.

2° Recrutement tardif parmi les médecins et les pharmaciens diplômés. Il semble que le premier système soit de nature à élargir la sélection et à recruter des valeurs avant que leur consécration officielle ne les ait orientées dans le milieu civil. Le rendement du service de santé dépend essentiellement de la qualité de ses officiers. Il y a donc lieu d'émettre le vœu que les gouvernements offrent des avantages susceptibles d'attirer le plus d'éléments de valeur.

Le recrutement précoce implique le recrutement au concours. On pourrait reprocher à ce concours de porter sur des connaissances trop récemment acquises. Il est facile d'y pallier en introduisant dans le programme des épreuves de culture générale.

II. La formation du médecin et du pharmacien militaires doit incorporer le fond commun, c'est-à-dire la science médicale ou pharmaceutique et l'instruction militaire. Pour être incontestée, la valeur médicale doit pouvoir être comparée. Pour être comparable, il faut qu'elle ait la même source et les mêmes sanctions. La formation des médecins et des pharmaciens militaires doit donc être confiée aux Facultés civiles. Quant à la formation militaire, elle doit être réservée aux écoles du service de santé, avoir un caractère essentiellement pratique.

III. Il est souhaitable que, dans toutes les phases de leur carrière, les médecins et pharmaciens militaires soient appelés à bénéficier de stages de perfectionnement dans les services techniques et les services tactiques. Par contre, la spécialisation exclusive dans la voie, soit purement technique, soit purement militaire, ne répond pas aux intérêts supérieurs du corps de santé militaire dont l'élite scientifique doit toujours pouvoir fournir des dirigeants aux services de santé.

IV. La formation des officiers de réserve du service de santé appartient à ce dernier, qui l'assure au mieux, autant que possible dans ses écoles, pendant la durée légale du service.

Leur instruction doit être ensuite perfectionnée par des exercices échelonnés à tendance surtout pratique, et

adaptée aux fonctions que ces officiers auront à remplir en temps de guerre.

Le Congrès exprime le vœu que les diverses nations favorisent, dans le but d'harmoniser les conceptions, les échanges d'officiers du service de santé.

***

DEUXIÈME QUESTION : **Psycho-névroses de guerre.** — *Des effets immédiats et éloignés de la guerre sur le système nerveux chez les combattants et les non combattants.*

*Rapporteurs :* France, États-Unis.

1° Le médecin commandant FRIBOURG-BLANC, professeur au Val-de-Grâce, montre dans quel sens on doit, à son avis, considérer la guerre comme responsable des névroses et des psychoses observées au cours des hostilités. C'est en multipliant et en intensifiant au maximum toutes les causes occasionnelles des psychopathies que l'état de guerre a favorisé l'éclosion des maladies mentales.

Les facteurs prédisposants héréditaires ou personnels interviennent sans contredit dans l'étiologie des psychoses apparues pendant la guerre. Mais les facteurs occasionnels ont joué un rôle indiscutable. Ce sont les traumatismes, les émotions répétées, les chocs moraux, la fatigue physique, les maladies infectieuses, les intoxications endogènes ou exogènes (alcoolisme).

L'auteur rappelle, en se basant sur les observations de 25 000 malades hospitalisés pendant la guerre 1914-1918 au centre de psychiatrie du Val-de-Grâce, la symptomatologie des principales formes cliniques rencontrées et leurs suites éloignées. Il signale l'importance des chocs émotionnels dans la genèse des états névropathiques, l'influence du milieu, de la suggestion et de la contagion sur l'apparition des troubles pithiatiques. Ces troubles, parfois rebelles, apparaissent sur un fonds mental prédisposé. Ils peuvent récidiver et ne doivent pas être pris trop à la légère. Les états confusionnels post-traumatiques présentent un particulier intérêt, ils peuvent évoluer dans certains cas vers la démence.

La guerre n'a pas fait apparaître des psychoses d'un type nouveau, mais elle a coloré de façon spéciale les manifestations morbides.

Les conséquences médico-légales des psychopathies de guerre sont envisagées dans ce rapport au double point de vue de la responsabilité de l'État à l'égard des malades et de la responsabilité des malades en cas de délit (évaluation des taux de l'invalidité, règles de l'expertise médico-légale qui nécessite une grande prudence et une compétence éclairée).

Le traitement des psycho-névroses de guerre nécessite avant tout une organisation précise et méthodique du service de neuro-psychiatrie en campagne. Fribourg-Blanc propose les bases de cette organisation, aux armées et à l'intérieur. Il insiste enfin sur la nécessité d'une sélection des tarés psychiques à laquelle il faudrait procéder dès le temps de paix, en vue d'affecter ces « éclopés mentaux » à des emplois où ils soient capables de rendre des services utiles en temps de guerre.

2° Le Dr W. F. LORENZ, professeur de neuro-psychiatrie à l'Université de Wisconsin (États-Unis), fait état dans son rapport des progrès de la neuro-psychiatrie. Il signale la nécessité d'éliminer au plus tôt du service militaire les sujets atteints de psychonévroses ou de débilité mentale. Il préconise à cet effet la création de commissions d'examen appropriées, formées de psychiatres compétents, en temps de guerre, et leur organisation en temps de paix dans tous les pays. Ces commissions auraient pour but l'élimination des psychopathes dans les trois premiers mois de service. Il condamne le terme de « commotion par éclatement d'obus », parce qu'il offre au psychonévrosé un moyen d'échapper à ses devoirs de soldat.

Il étudie l'effet de la guerre moderne sur la démence précoce, les états dépressifs et la paralysie générale. Les facteurs qui les déterminent sont les mêmes qu'en temps de paix, mais la guerre agit en précipitant leur apparition et l'auteur prédit que le nombre des cas relevant de la neuro-psychiatrie sera bien plus élevé dans une guerre future à cause des réactions psychiques déclenchées par les procédés actuels de combat (gaz toxiques). Il faut habituer les officiers de troupe à admettre et à reconnaître l'importance de ce groupe de maladies.

3° Le Dr PHILIP B. MATZ, du service de santé des États-Unis, établit diverses statistiques montrant que dans l'armée des États-Unis 16 p. 100 des mobilisés ont dû être réformés pour tares psychiques, en particulier pour dégénérescence mentale ; ce chiffre représente une proportion de 25 p. 100 du nombre total des militaires réformés. Il expose les mesures adoptées par le « Vétérans Bureau » des États-Unis pour le traitement des anciens combattants atteints de psycho-névroses. Le nombre de ces malades s'est accru après la guerre en raison de l'âge des sujets et de causes économiques et sociales indépendantes du service militaire. Il étudie spécialement la pathogénie et les modes de traitement afférant à ces malades d'après guerre et incrimine les traitements mercuriels et arsénicaux à hautes doses comme facteurs adjuvants de la paralysie générale parce qu'ils provoquent, pense-t-il, des altérations du système nerveux central et diminuent ainsi la résistance à l'invasion des spirochètes. Il préconise pour ces malades la tryparsamide, la malariathérapie, la protéinothérapie et la diathermie. Il étudie enfin les procédés de rééducation par le travail.

4° MM. PATRICK SARSFIELD MADIGAN, CLEVE CARRINGTON ODOM et WILLIAM CLARE PORTER, majors du service de santé de l'armée des États-Unis, estiment que le nombre des psychonévrosés aurait pu être notablement réduit pendant la guerre si on avait eu le temps de les classer et d'écarter ces sujets du service pendant les hostilités.

Ils étudient l'étiologie et le mécanisme psycho-pathologique des psychonévroses où se combinent le facteur constitutionnel, les chocs émotifs, la suggestion, l'introspection, les fatigues et les privations.

Le meilleur moyen préventif consiste à reconnaître promptement les déficiences individuelles et à les soigner de manière efficace. On pourra le faire si l'on dispose aux armées, dès le temps de paix, de psychiatres expérimentés en nombre suffisant et de psychiatres de réserve destinés à entrer en service en temps de guerre, avertis à l'avance des conditions spéciales de la vie du soldat.

Ils insistent sur la nécessité d'instituer des commissions spéciales de psychiatres compétents pour examiner toutes les recrues pendant, sinon avant, leur enrôlement définitif ; ces commissions pourront décider l'affectation des sujets douteux à des emplois où le service comporte moins de dangers et où la tension émotionnelle est réduite. Mais, comme il est impossible d'éliminer du front tous les soldats qui ne sont pas bien équilibrés, stables et non émotifs, il convient de pouvoir les soigner. Les auteurs préconisent à cet égard le maintien des petits malades à proximité de la zone du front et leur traitement par une psychothérapie active.

5° Le Dr SMITH ELY JELLIFFE, de New-York, recherche la méthode la plus efficace pour le traitement des invalides de guerre psychonévrosés. Il estime que la psychothérapie ne peut s'exercer avec succès que si l'on connaît bien la psychopathologie. Incriminer l'hérédité dans la genèse des dépressions psychiques, c'est décourager l'effort thérapeutique.

L'influence de la fatigue, des traumatismes ou des émotions est à retenir.

L'auteur estime que la psychanalyse fournit le principal élément du diagnostic et du traitement des psychonévroses de guerre.

**Discussion.** — Le Dr ALDREN TURNER, de Londres, attire l'attention sur les causes favorisantes des psychonévroses de guerre : traumatismes, infections, états commotionnels et émotionnels, influence des blessures craniennes. Il signale la teinte spéciale de l'anxiété de guerre.

Le major commandant de réserve A. PEKELSKY, de l'armée tchéco-slovaque, rapporte les résultats des expériences qu'il a entreprises sur les poissons, démontrant l'existence de troubles circulatoires de l'encéphale provoqués par des traumatismes. De pareils troubles circulatoires cérébraux peuvent intervenir dans la genèse des psychonévroses de guerre.

Le lieutenant-colonel médecin BABECKI, de l'armée polonaise, étudie la pathogénie des manifestations hystériques survenues à la suite des traumatismes de guerre. Les lésions traumatiques n'interviennent pas directement dans ces manifestations et n'en aggravent pas le pronostic. Le traumatisme ne joue qu'un rôle provocateur. Il faut un fond psychique spécial chez le sujet atteint de troubles hystériques.

Le commandant médecin VALLEJO NAJERA, de l'armée espagnole, présente d'intéressantes considérations sur l'avenir médico-légal des paralytiques généraux traités par la malariathérapie.

Le professeur L. PUUSEPP, général-major médecin consultant de l'armée esthonienne, s'est attaché à l'étude des troubles musculaires dans les névroses traumatiques. Ces troubles peuvent se cristalliser si une contre-suggestion rapide n'intervient pas. Ils sont proportionnels à l'âge des sujets et à la longueur de la guerre.

Le médecin commandant de réserve F. LÉVY (France), fait observer que les rapporteurs ont employé des terminologies différentes pour étiqueter des faits du même ordre et qu'il y aurait intérêt à adopter une terminologie identique.

Il signale la participation des troubles neuro-végétatifs dans les états névropathiques et met en garde contre la facilité trop grande avec laquelle on a porté parfois le diagnostic de « commotion cérébrale ».

Cette deuxième question a donné lieu aux conclusions suivantes :

**Conclusions.** — I. La guerre, surtout lorsqu'elle est de longue durée, joue un rôle incontestable dans la genèse et dans la fréquence des troubles mentaux constatés au cours des hostilités. L'hérédité psychopathique, les états dégénératifs et les tendances constitutionnelles morbides ne sont pas tout, en effet, dans l'étiologie des troubles mentaux. Les facteurs occasionnels ont une importance indéniable, et, en temps de guerre, ces facteurs sont nombreux et leur rôle est considérable : blessures, commotions, fatigue physique, misère physiologique, infections, intoxications diverses (alcoolisme), chocs moraux, émotions.

Le rôle des chocs émotionnels est particulièrement important dans la genèse des psycho-névroses, d'où la fréquence, pendant la guerre, des syndromes post-émotionnels et des états pithiatiques.

II. Mais la guerre n'a pas créé des psychoses d'un genre nouveau, à symptomatologie ou à évolution jusqu'alors inconnue. On n'a pas vu apparaître d'entité morbide nouvelle ; seule, la fréquence relative de certaines psychoses s'est modifiée (fréquence des états confusionnels à base d'émotivité), appelés pendant la guerre « obusite », ou « syndrome post-commotionnel ». Ces dénominations ont été parfois abusivement employées. Il conviendrait de supprimer ces appellations ou d'en limiter l'emploi aux cas strictement contrôlés.

III. La symptomatologie de chaque psychose de guerre a été, dans son ensemble, tout à fait comparable à celle observée chez les mêmes malades en temps de paix, mais cette symptomatologie a été colorée par les événements de guerre dont elle a été le fidèle reflet.

IV. Les réactions antisociales provoquées par les psychonévroses de guerre ont été, elles aussi, du même ordre que celles du temps de paix, mais elles ont revêtu une teinte spéciale due aux circonstances de guerre et ont eu des conséquences plus sérieuses qu'en temps de paix, tant pour les malades eux-mêmes que pour leur entourage et pour la discipline des armées.

V. Les psychonévroses apparues pendant la guerre ont engagé la responsabilité de l'État, en ce qui concerne le droit à pension d'invalidité des malades.

En cas de délinquance chez des sujets atteints de troubles psychonévropathiques, le médecin-expert, appelé à donner son avis sur la responsabilité pénale du malade, doit être un médecin psychiatre. Il ne peut formuler de conclusions fermes qu'après une étude approfondie de chaque cas d'espèce.

VI. Il importe de prévoir, dès le temps de paix, l'organisation du service de neuro-psychiatrie en campagne. Ce service devrait comporter :

A. Un centre de neuro-psychiatrie par armée, installé auprès du principal H. O. E. et destiné essentiellement au triage des malades atteints de troubles neurologiques ou psychopathiques, avec évacuation sur l'arrière des grands malades, et au traitement de tous les sujets présentant des troubles susceptibles de guérir dans un court délai.

B. Des moyens d'évacuation spéciaux en personnel et

en matériel, qui seraient mis, en cas de besoin, à la disposition des trains d'évacuation réguliers.

C. Un centre de neuro-psychiatrie régional, dans chaque région de l'intérieur, installé dans le principal hôpital du chef-lieu, largement pourvu en personnel spécialisé et chargé :

1° D'un second triage des malades ;

2° De leur répartition en trois catégories : grands psychopathes à interner, — malades atteints de troubles aigus transitoires et bénins (ces malades seraient traités au centre régional lui-même), — sujets présentant des psychonévroses curables, mais demandant un traitement plus prolongé. Pour cette dernière catégorie, il y a lieu de prévoir l'organisation de centres secondaires régionaux spécialement affectés au traitement des psychonévroses curables («petits mentaux»).

VII. Il y a lieu de prévoir enfin, dès le temps de paix, la sélection des tarés psychiques par des commissions d'examen appropriées composées de psychiatres compétents, et l'affectation spéciale des tarés, pour le temps de guerre, à des emplois où ils soient capables de rendre des services utiles. Cette sélection est indispensable pour le bon rendement de ces « éclopés du cerveau » et pour l'application des règles élémentaires de prophylaxie mentale.

La tâche sera plus difficile dans les pays ne comportant pas le service obligatoire.

TROISIÈME QUESTION. — **Les procédés d'hémostase du champ de bataille. Unification du matériel de première urgence et des conditions de son application.**

*Rapporteurs :* Pays-Bas, Italie.

1° Le lieutenant-colonel S.-W. PRAAG, chirurgien-chef de l'hôpital militaire à Utrecht, signale la grande fréquence des lésions vasculaires sur le champ de bataille : 50 p. 100 environ sont immédiatement mortelles, en particulier celles des gros vaisseaux du cou et de la racine des membres.

Il faut distinguer, au point de vue de l'hémostase, les moyens de première ligne, du poste de secours régimentaire et du poste de secours divisionnaire. En première ligne, c'est le pansement compressif simple ou la constriction avec des moyens sommaires. Il importe d'instruire le personnel médical sur les dangers de la constriction, qui ne doit être permise qu'en cas d'extrême urgence. S'il est impossible de s'en passer, on appliquera au poste de secours une constriction incomplète qui évite les lésions graves. Le garrot élastique, constituant une ligature complète, peut cependant être appliqué pendant trois ou quatre heures. Les blessés porteurs d'un garrot doivent être signalés clairement.

Il ne faut procéder à l'hémostase définitive que dans un endroit où les chirurgiens expérimentés peuvent intervenir de façon aseptique. Le matériel destiné au premier secours doit être uniformisé dans les diverses armées.

2° Le colonel médecin FILIPPO CACCIA, professeur agrégé de traumatologie à l'Université royale de Rome, et le lieutenant-colonel médecin DANTE CASELLA, professeur agrégé de pathologie chirurgicale à l'Université royale de Padoue, présentent dans leur rapport très documenté les mêmes observations générales que leur collègue des Pays-Bas; ils passent en revue les divers procédés d'hémostase d'urgence et émettent le vœu que, dans toutes les armées, les soldats soient instruits de ces procédés. Les différents modèles de garrot sont d'application difficile par les brancardiers. Le garrot doit être suffisamment large, sans pelote, élastique, facile à fixer, relativement bon marché et abondant dans les approvisionnements du service de santé (les auteurs préconisent le garrot du modèle italien). L'unification du matériel de première urgence devra être réalisée.

Ce rapport est complété par une étude spéciale du colonel médecin DANTE CASELLA relative au mécanisme par lequel le bandage hémostatique peut déterminer et aggraver le choc traumatique. L'étiologie et la pathogénie du choc traumatique y sont exposées. Or le retrait d'un bandage hémostatique peut provoquer à lui seul, même quand ce bandage est appliqué sur un membre sain, des phénomènes de collapsus analogues à ceux observés dans le choc proprement dit. Des études en cours à l'École de chirurgie de Padoue sur la « respiration cutanée » d'un membre exclu de la circulation par un bandage hémostatique, montrent que l'enveloppement humide froid ou à l'eau oxygénée de ce membre assure une respiration des tissus suffisante pour empêcher leur désintégration rapide, retarder l'infection immédiate et permettre ainsi l'évacuation du blessé jusqu'à la formation chirurgicale qualifiée pour le recevoir.

**Discussion.** — Le médecin lieutenant de réserve FREDET (France) propose un modèle de brancard permettant de transporter les blessés en plaçant en position élevée la région du corps qui saigne, quelle que soit cette région. Ce brancard a été imaginé par De Fourmestreau. Il recommande l'utilisation de la pince hémostatique comme moyen d'hémostase d'urgence pour la tête, le cou et le thorax. La pince est moins dangereuse que le garrot. Le tamponnement « à la Mikulicz » pratiqué à l'aide d'un sac de gaze et des mèches, est aussi un bon procédé d'hémostase peu encombrant et facile à conserver stérile en boîtes métalliques.

Le Dr WINTERS (Pays-Bas) est d'accord avec les rapporteurs sur la nécessité d'uniformiser les moyens hémostatiques. Il recommande une pince spéciale de petite dimension. Le transport du blessé doit être rapide. Winters présente à cet effet un brancard-traîneau métallique pouvant se glisser partout.

Le médecin-major SANCHEZ-GOMEZ, de la marine de guerre espagnole, décrit une pince spéciale destinée à la pratique des points de suture des plaies vasculaires.

Le médecin lieutenant-colonel PAITRE, professeur au Val-de-Grâce, estime que l'emploi du garrot est un mal nécessaire. Sur le champ de bataille, on ne peut se borner au simple pansement compressif. Il est bien difficile d'avoir dans chaque cas un brancardier instruit pour l'application du garrot et d'indiquer à l'avance les cas où il faut l'appliquer. C'est une question de psychologie. Le garrot est à réserver en principe aux hémorragies en jet. L'emploi des pinces pour les hémorragies du tronc et du Mikulicz dans les clapiers est à conseiller. Il faut standardiser les instructions à donner aux brancardiers sur le champ de bataille et unifier les moyens d'hémostase.

Le lieutenant-colonel médecin GALATA, chef du service de chirurgie de l'hôpital militaire de Rome, présente

une instrumentation très perfectionnée, fonctionnant à l'aide d'un moteur électrique et destinée aux opérations sur le squelette (craniectomie, greffes osseuses, prélèvements pour biopsie des os...). Il démontre de façon pratique le fonctionnement de cette instrumentation.

Les conclusions adoptées pour la troisième question sont les suivantes :

**Conclusions.** — I. L'hémostase de première urgence sur le champ de bataille pose la question du garrot, moyen d'hémostase presque toujours inutile, toujours dangereux, surtout dans des mains extramédicales. Toutefois, pour éviter que le garrot ne soit remplacé par le blessé au moyen d'un lien encore plus agressif pour le tissu, il n'y a peut-être pas lieu de le proscrire définitivement.

II. Le matériel à confier au personnel non-médical doit comprendre surtout des bandes en tissu élastique non caoutchouté, des tampons hémostatiques, mais *aussi* — en réserve — un bandage hémostatique au cas d'échec du pansement compressif.

III. L'instruction des brancardiers, des hommes de troupe et des officiers sera orientée sur les dangers de ce garrot et sur son indication exclusive : *l'hémorragie en jet.*

IV. L'hémostase au poste de secours peut être laissée jusqu'à un certain point à l'initiative du médecin responsable (obturation provisoire par sutures cutanées ou pinces, tamponnement, avec mise en place, si nécessaire, sur le pansement d'un garrot d'attente qu'on ne serrera qu'en cas de besoin).

V. Il y aurait lieu de continuer les recherches indiquées par les rapporteurs italiens en vue de limiter les dangers d'ischémie par application du garrot.

VI. La question essentielle paraît être celle de l'instruction du personnel subalterne. Le Congrès émet le vœu que cette instruction soit standardisée dans toutes les armées.

VII. Il serait désirable qu'un concours soit ouvert sur la recherche du meilleur bandage hémostatique, par exemple par les soins de la Commission de standardisation du matériel sanitaire.

QUATRIÈME QUESTION. — **Préparation et conservation des ampoules médicamenteuses en usage dans les services de santé des armées de terre et de mer.**

*Rapporteurs* : Pays-Bas, Roumanie.

1° Le pharmacien militaire de première classe J.-L. ROHNER, chimiste au dépôt sanitaire de l'État à Amsterdam, étudie les conditions primordiales qui président à la fabrication des ampoules médicamenteuses : le verre, le remplissage, la stérilisation.

Le verre des ampoules doit répondre aux exigences les plus rigoureuses en ce qui concerne l'absence de matière soluble, spécialement d'alcali. Les solutions aqueuses d'injection doivent être, autant que possible, isotoniques avec le sérum sanguin.

Il faut mettre au premier rang, parmi les liquides d'injection qui doivent être conservés, ceux qui, par leur caractère même, n'ont pas besoin d'être stérilisés et ceux qui supportent la stérélisation à 100°.

vice de santé militaire roumain, et le pharmacien capitaine J. BIBESCO, du laboratoire central de l'armée, posent comme premier principe qu'il est indispensable, pour la préparation des solutions injectables, d'employer des substances actives aussi pures que possible. Les excipients employés : eau, huile d'olive..., doivent être purs et neutres. Les ampoules doivent être en verre neutre.

Les rapporteurs étudient avec soin successivement les procédés convenant spécialement à la préparation des ampoules les plus usitées : chlorure de morphine, chlorure de cocaïne, novocaïne, stovaïne, adrénaline, sulfate de strychnine, cacodylate de soude, sels de mercure, etc.

**Discussion.** — Le colonel THOMANN, pharmacien en chef de l'armée suisse ; le pharmacien colonel CHAPUT, gestionnaire de la pharmacie centrale du Service de santé (Paris). Le pharmacien-chimiste en chef de première classe SAINT-SERNIN (Marine française) ont approuvé dans la discussion de ces rapports les considérations apportées par leurs collègues des Pays-Bas et de Roumanie.

**Conclusions.** — I. Les ampoules doivent être préalablement nettoyées et stérilisées. Méthode de stérilisation : 160° pendant deux heures.

II. Il est recommandé de faire usage d'eau fraîchement distillée ou d'eau distillée conservée aseptiquement.

III. Pour les liquides injectables huileux, l'huile employée doit être neutre et stérile.

IV. Plus les précautions d'asepsie seront observées en cours de préparation, plus facile et plus sûre sera la stérilisation.

V. La méthode de stérilisation parfaite est la stérilisation à l'autoclave à diverses températures (110-120°) pendant quinze à vingt minutes, selon les cas.

D'autres méthodes sont la vapeur fluente d'environ 100° et la tyndallisation de 60-70° trois jours consécutifs.

En ce qui concerne la préparation aseptique des liquides injectables, il importe d'observer rigoureusement les précautions indiquées dans les alinéas I à IV.

VI. L'utilisation des bougies-filtres devra toujours entraîner un contrôle bactériologique de la préparation obtenue.

VII. La bonne conservation des ampoules médicamenteuses exige l'emploi de verre neutre, rigoureusement contrôlé.

VIII. En principe, il est préférable de renouveler les stocks aussi fréquemment que possible.

CINQUIÈME QUESTION. — **Les séquelles des traumatismes de guerre des dents et du maxillaire inférieur, leur traitement.**

*Rapporteurs* : Pays-Bas, Pologne.

1° Le Dr H.-P. WIJNEN (Hollande) montre dans son rapport la nécessité d'une collaboration continue du chirurgien et du dentiste pour le traitement des blessures par coup de feu du maxillaire inférieur et l'utilité d'organiser des centres sanitaires spéciaux outillés pour ce traitement.

L'infection des fractures du maxillaire se produisant souvent, en raison de la communication du foyer avec la cavité buccale, l'ostéosynthèse primaire est à éviter.

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

à se déplacer dans la direction de la bouche, il ne faut pas appliquer de pansement provisoire externe serré favorisant ce déplacement. Il faut immobiliser les fragments, mais éviter le danger de suffocation.

Wijnen envisage les divers modes de pansement de la plaie et recommande d'éviter l'occlusion primaire des blessures étendues. Les pseudarthroses doivent être traitées simultanément par la greffe osseuse.

2° Le Dr C.-H. WITTHAUS (La Haye) estime que la suture osseuse des fragments du maxillaire inférieur donne de mauvais résultats. La contention doit se faire au moyen d'un bandage en fil métallique fixé aux dents, construit et fixé par un chirurgien dentiste. Il préconise la création de centres maxillo-faciaux.

3° Le lieutenant-colonel S. MIESZKIS, chef du service de stomatologie de l'armée polonaise; le Dr H.-Z. WILGA, professeur à l'Institut stomatologique de Varsovie, et le Dr MEISNER, professeur à l'Institut stomatologique de Varsovie, estiment que la gravité des blessures du maxillaire et la difficulté de leur traitement nécessitent l'évacuation des blessés vers l'intérieur en vue de l'application des soins dans un hôpital bien pourvu en personnel et en matériel spécialisés. Il est nécessaire de former dès le temps de paix un certain nombre de spécialistes afin d'avoir des cadres tout prêts en cas de guerre. Le matériel nécessaire doit être prévu dans les stocks de mobilisation.

La chirurgie conservatrice est de mise en raison de la grande vitalité des fragments du maxillaire.

Le traitement plastique des parties molles de la mâchoire ne doit pas être entrepris aux armées, il faut le réserver au hôpitaux de l'intérieur.

Le premier souci du stomatologue doit être de sauvegarder la fonction de mastication. L'aspect esthétique du blessé peut passer au second plan. Cette chirurgie esthétique ne doit cependant pas être négligée, en raison de son utilité pour le travail professionnel.

**Discussion.** — Le médecin lieutenant BOISSIERS, stomatologiste (Paris), fait une sérieuse critique des rapports : il pense que le sujet exact n'a pas été compris par les auteurs ; il rappelle qu'au dernier Congrès à Londres, les représentants belges et français avaient exactement situé la question après avoir pesé chaque terme pour éviter toute confusion. Il est également au regret de constater que les auteurs ont négligé de citer les travaux des confrères français, travaux basés sur une expérience aussi certaine que ceux des auteurs allemands auxquels il a été souvent fait un large emprunt.

Le médecin lieutenant colonel BERCHER, du Val-de-Grâce, fait remarquer que les séquelles des traumatismes de guerre de l'étage inférieur de la face peuvent porter sur les parties molles, sur les dents, sur l'os ; laissant de côté les séquelles des parties molles, il montre quel plan aurait pu être adopté pour l'exposé des séquelles des fractures mandibulaires.

Les séquelles sont :

1° L'infection ;

2° Le retard de consolidation, la non-consolidation la pseudarthose ;

3° Les cals vicieux.

Pour chacun de ces états il est dit un mot de leur étio-

d'étudier la répercussion sur les dents des blessures avec sections nerveuses et artérielles ; de montrer les déviations secondaires des dents après les amputations de la langue ou les destructions de la joue ; de rechercher enfin l'avenir des dents chez les porteurs d'appareils de prothèse non parfaitement équilibrés.

L'articulation temporo-maxillaire, elle aussi, peut subir le contre-coup des lésions maxillaires. En dernier lieu, l'état nerveux (névralgies faciales) et l'état mental des blessés de la face méritaient d'être envisagés parmi les séquelles des traumatismes de guerre des mâchoires.

Le dentiste militaire FILDERMAN (Paris) insiste sur l'importance des conclusions du rapport polonais au sujet de l'instruction nécessaire des spécialistes au cours du temps de paix. Il expose que l'Amicale des dentistes militaires possède en France une école de perfectionnement pour ses officiers de réserve, école où est donné un enseignement excellent mais théorique. Il conclut à la nécessité que, au point de vue international, soit donné également un enseignement pratique.

Le dentiste militaire de première classe BUDIN pense qu'il aurait été intéressant de donner de nombreuses observations sur les cas de mutilations des maxillaires et de la face, traités au cours et après la guerre, afin de savoir ce que sont devenus ces opérés, au point de vue état général, local et fonctionnel.

Le médecin capitaine de réserve C. CAVINA, professeur à Bologne (Italie), fait une communication accompagnée de remarquables projections sur les résultats du traitement des séquelles des blessures du maxillaire inférieur.

Le médecin capitaine U. COMELLI, de l'hôpital militaire de Bologne, expose l'importance du contrôle radiographique dans le traitement des séquelles des fractures du maxillaire inférieur.

Le médecin commandant de réserve VAN DER GHINST (Belgique) pense qu'il serait souhaitable de voir figurer dans la conclusion donnée et tendant à voir se réaliser une collaboration de plus en plus complète du chirurgien et du dentiste, la collaboration non moins nécessaire des médecins-stamotologistes.

Il pense également que les centres maxillo-faciaux sont aussi importants au front qu'à l'intérieur pour que les spécialistes puissent agir avec l'urgence nécessaire.

**Les conclusions adoptées sont les suivantes.** — I. La prophylaxie des séquelles des blessures du maxillaire inférieur et des dents dépend pour une large part du traitement initial.

II. Le traitement de ces blessures nécessite, dès son début, la collaboration du stamatologiste, du chirurgien, du dentiste, réalisée dans certains pays par l'équipe maxllo-faciale.

III. Étant donnée la grande fréquence des lésions du maxillaire inférieur, il est souhaitable que des centres sanitaires spéciaux soient outillés pour le traitement de ces cas.

IV. L'infection des fragments osseux est particulièrement redoutable ; elle peut être entretenue par la présence de corps étrangers ou de tissus prenant ce rôle (os séquestrés ou dents). Le traitement consiste dans l'ablation de ces causes d'infection.

V. Les pseudarthroses et les pertes de substance défi-

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

traitées à l'aide de greffes osseuses (l'ostéo-synthèse métallique étant proscrite).

VI. Les cals vicieux sont justiciables de l'ostéotomie avec ou sans greffe osseuse, sous le couvert d'une immobilisation en bon articulé.

VII. Les répercussions sur les dents, nécrobioses par ruptures vasculo-nerveuses, alvéolyses, ruptures d'équilibre interdentaire, etc., recevront le plus tôt possible le traitement adéquat.

VIII. Les ankyloses osseuses temporo-maxillaires seront traitées par l'arthrotomie suivie de mécanothérapie et d'un appareil de mobilisation.

IX. Les cicatrices vicieuses et les pertes de substance des parties molles péri-mandibulaires relèvent de la chirurgie plastique.

X. Les névrites secondaires bénéficieront des traitements accoutumés.

XI. On ne saurait se désintéresser du retentissement sur l'état général, d'une part, et sur l'état moral, d'autre part, des blessures de la face.

XII. L'expérience de la dernière guerre exige l'impérieuse nécessité d'instruire en temps de paix un nombre suffisant de spécialistes pour traiter les blessures maxillo-faciales à toutes leurs étapes.

***

A l'assemblée générale de clôture du Congrès, le médecin lieutenant-colonel VAN BAUMBERGHEN (Espagne), président de la Commission internationale pour la standardisation du matériel sanitaire, expose les buts poursuivis par cette commission, dont le rôle apparaît d'une évidente nécessité pour l'unification des méthodes techniques et des moyens matériels du service de santé militaire des diverses nations.

Le major médecin VONCKEN, secrétaire permanent du Congrès, expose les motifs qui ont présidé à la création de l'*Office international de documentation médico-militaire*. Cet office rassemble tous les éléments susceptibles de concourir au perfectionnement du Service de santé. Il publie un périodique mensuel et tient le répertoire bibliographique de tous les travaux intéressant le Service de santé militaire. Il organise un cycle de conférences dont la première série aura lieu à Bruxelles du 21 au 25 juin 1931. Il réalise ainsi un bel effort de coopération intellectuelle médico-militaire.

***

Le prochain Congrès aura lieu à Madrid en 1933 sous la présidence du médecin lieutenant-colonel Van Baumberghen.

Les questions mises à l'ordre du jour de ce Congrès sont les suivantes :

PREMIÈRE QUESTION. — Principes généraux devant présider à l'organisation sanitaire d'une nation en cas de guerre. L'application aux divers échelons des principes de la nouvelle Convention de Genève.

*Rapporteurs* : Espagne, Suède.

DEUXIÈME QUESTION. — Les vaccinations préventives dans les armées de terre et de mer.

*Rapporteurs* : Espagne, Grande-Bretagne, Japon.

TROISIÈME QUESTION. — Le traitement des cas chirurgicaux de première urgence à l'avant en guerre de mouvement.

*Rapporteurs* : Espagne, Belgique.

QUATRIÈME QUESTION. — Les aliments conservés faisant partie de la ration du soldat délivrés soit en temps de paix, soit en campagne. Leurs modes de préparation, leur analyse.

*Rapporteurs* : Espagne, Suisse.

CINQUIÈME QUESTION. — Etude comparée des services dentaires et administratifs dans les diverses armées.

*Rapporteurs* : Espagne, Mexique, Paraguay.

FRIBOURG-BLANC.

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

*Séance du 7 juillet* 1931.

**Exostoses ostéogéniques.** — MM. BABONNEIX et MIGET présentent deux sujets, le père et l'enfant, qui ont l'un et l'autre des exostoses ostéogéniques multiples.

**Paraplégie au cours de la rougeole.** — M. BABONNEIX et Mlle F.-B. LÉVY présentent un enfant de cinq ans qui au cours d'une rougeole normale fut atteint d'une paraplégie flasque avec troubles sphinctériens, anesthésie des membres inférieurs, signe de Babinski unilatéral, puis bilatéral, troubles légers des réactions électriques sans réaction de dégénérescence. La cause de cette paraplégie, qui est en voie d'amélioration, est délicate à établir, mais il semble qu'on puisse l'attribuer à une myélite d'origine morbilleuse.

M. SCHREIBER a publié en 1925 deux observations de paralysies consécutives à la rougeole survenues chez deux enfants fréquentant la même école. Le même problème étiologique était posé : s'agissait-il de complications nerveuses de la rougeole ou de paralysies infantiles ? il fut difficile de conclure.

M. COMBY rapproche ces cas de ceux qui ont été récemment rapportés par Morquio et par Léchelle ; il s'agit en réalité de méningo-encéphalites d'origine morbilleuse.

M. BABONNEIX fait remarquer que toutes les maladies infectieuses peuvent présenter des complications nerveuses, en particulier la varicelle.

**Rhumatisme avec nodosités des mains amélioré par l'allergine.** — M. HUC a injecté à trois reprises de l'allergine à une enfant de onze ans qui présentait des nodosités des doigts et une impotence complète : les nodosités ont rétrocédé en partie et l'enfant peut maintenant se servir de ses mains. Il semble donc exister un rhumatisme tuberculeux chez l'enfant, et ce rhumatisme serait justiciable du traitement par l'allergine.

M. GRENET ne croit pas qu'on puisse conclure à l'origine tuberculeuse du rhumatisme sur le simple résultat

# SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

thérapeutique, car l'allergine a très bien pu agir comme médication de choc.

**Intolérance lactée et aleurone de tournesol.** — M. MARQUÉZY a donné à un certain nombre de nourrissons, dont l'âge variait de sept semaines à onze mois et qui présentaient une diarrhée muco-glaireuse tenace, un régime sans lait constitué par des bouillies de farine de riz et de farine de tournesol.

Il a obtenu une amélioration rapide des troubles digestifs, mais un arrêt complet de la croissance qui a repris chaque fois que le lait était introduit de nouveau dans le régime.

L'emploi de l'aleurone de tournesol doit par conséquent être seulement transitoire et préparer le retour à un régime avec lait.

**Syndrome de sténose hypertrophique du pylore sans olive pylorique, éviscération au cinquième jour, guérison.** — M. ROCHER (de Bordeaux).

**Fibrome pur de la paroi abdominale chez une enfant de deux ans.** — MM. GRENET et MÉZART.

**Un cas de neuro-myélite optique aiguë.** — MM. GRENET et TRIAU rapportent l'observation d'une fillette de six ans qui fut brusquement atteinte d'une amaurose complète avec œdème papillaire suivie bientôt de l'apparition d'une paraplégie, premier terme d'une myélite ascendante progressive qui entraîna la mort avec phénomènes bulbaires après une évolution légèrement fébrile. Il n'y eut jamais aucune douleur, il existait de la leucocytose sanguine. En l'absence d'autopsie, il semble qu'on puisse porter le diagnostic de neuromyélite optique aiguë dont cette observation présente les principaux caractères.

**Suppuration broncho-pleuro-pulmonaire, bronchoscopie, pleurotomie, guérison.** — MM. GRENET, ISAAC-GEORGES et MÉZARD rapportent l'histoire d'un enfant atteint de bronchopneumonie chez lequel la radiographie montrait d'une part à la partie inférieure du lobe supérieur du poumon une ombre homogène, d'autre part au-dessus du diaphragme une autre ombre avec niveau liquide. Une vomique survint, à la suite de laquelle la radiographie permit alors de déceler trois collections distinctes, l'une paraissant pleurale et les deux autres pulmonaires. La gravité de l'état général rendant toute intervention dangereuse et la multiplicité des foyers risquant de la rendre inefficace, on eut recours à la bronchoscopie avec aspiration qui amena une amélioration considérable de l'état général et des modifications des ombres radiologiques pulmonaires. On put par la suite intervenir chirurgicalement sur le foyer pleural et obtenir la guérison complète.

**Bronchoscopie chez les enfants.** — MM. ANDRÉ BLOCH et SOULAS insistent sur la multiplicité et la fréquence des indications de la bronchoscopie chez l'enfant : corps étrangers des voies aériennes inférieures, sténoses congénitales ou inflammatoires de la trachée ou des bronches, suppurations bronchopulmonaires, etc. La bronchoscopie présente, suivant les cas, un intérêt diagnostique ou un intérêt thérapeutique, ou les deux à la fois. La technique est évidemment délicate et nécessite un apprentissage et un outillage particuliers.

M. MARFAN a observé un certain nombre de cas d'apnée chez de jeunes nourrissons atteints de stridor, lorsqu'on pratiquait chez eux la laryngoscopie directe, et il a dû renoncer à cette méthode d'investigation.

M. A. BLOCH n'a fait que quelques bronchoscopies chez le très jeune enfant ; il n'a jamais observé d'apnée. Chevallier-Jackson qui en Amérique a fait un nombre considérable de bronchoscopies, ne craint pas non plus cet accident.

Il est bien entendu qu'il faut éviter avec soin toute anesthésie.

**Épiphysite de la crête iliaque.** — M. RŒDERER montre que l'épiphysite de la crête iliaque prête à quelques erreurs de diagnostic d'autant plus importantes que l'épiphyse de la crête iliaque se soude tard, vers vingt ou vingt-cinq ans, et que c'est sa région postérieure qui est la plus souvent touchée, d'où confusion avec la sacrocoxalgie. Diverses causes peuvent être invoquées, en particulier les petits traumatismes répétés causés par le port des cartables sur les hanches des enfants.

**Ulcère peptique du diverticule de Meckel.** — MM. ROBERT DEBRÉ, BOPPE et SEMELAIGNE ont suivi pendant quelques semaines un nourrisson de dix-sept mois qui depuis l'âge d'un an se cachectisait progressivement tout en présentant de l'anorexie et quelques troubles digestifs. Une mauvaise alimentation paraissait être à l'origine de ces symptômes, mais bientôt apparurent des selles sanglantes survenant après des périodes de douleurs abdominales violentes. Les différents régimes et traitements institués n'amenèrent aucune amélioration. C'est alors qu'une radiographie montra un arrêt très net du lavement opaque au niveau de l'angle droit du côlon transverse où la palpation profonde permit de sentir assez difficilement une petite olive dure.

L'intervention chirurgicale fut décidée : au lieu d'une invagination chronique ou d'un polype intestinal qu'on était en droit de soupçonner, on trouva un accolement du diverticule de Meckel et du côlon transverse avec une perforation du diverticule à ce niveau, et l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un ulcère peptique du diverticule. L'enfant mourut le lendemain de l'opération.

M. CLÉMENT et M. HUBER ont chacun observé un cas de péritonite suraiguë mortelle consécutive à la perforation d'un ulcère peptique du diverticule de Meckel.

**Néphrose lipoïdique chez un nourrisson de onze mois, évolution fatale.** — MM. LEENHARDT, CHAPTAL, DUFOIX et MONNIER (de Montpellier).

**Origine possible et traitement de l'onychophagie.** — M. ZABOROWSKI est tenté d'attribuer l'onychophagie à une carence en vitamines B et D ; l'expérimentation serait favorable à cette manière de voir, de même que quelques essais thérapeutiques chez l'enfant.

ANDRÉ BOHN.

## NOUVELLES

**Prix international de médecine du travail.** — L'Institut royal Lombard de Sciences-Lettres décernera un prix de 10 000 livres à l'auteur d'une étude qui apportera une contribution importante à un point de la médecine du travail.

Le concours est ouvert jusqu'au 31 décembre 1931.

**Cours de la Faculté de médecine de Paris.** — COURS DE RADIOLOGIE CLINIQUE. — M. R. Ledoux-Lebard, chargé de cours, commencera le lundi 5 octobre 1931, à 18 heures, à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine, et continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure, une série de douze leçons consacrées à l'exposé des « Notions indispensables de radiodiagnostic clinique médico-chirurgical et d'interprétation radiologique ».

Ces leçons seront accompagnées de projections. A la suite de chacune d'elles, les élèves seront exercés individuellement à la lecture et à l'interprétation des clichés.

Cet enseignement est destiné aux étudiants et aux docteurs en médecine désireux d'acquérir des notions pratiques d'interprétation des images radiologiques et de posséder les éléments indispensables au radiodiagnostic clinique basé sur l'emploi des techniques les plus récentes.

**Commission d'assistance et d'hygiène mentale et Commission consultative de prophylaxie des maladies vénériennes.** — L'arrêté suivant du ministre des Colonies vient de paraître au *Journal officiel* :

ARTICLE PREMIER. — L'article 3 de l'arrêté du 25 septembre 1925 est remplacé par le suivant :

*Art. 3.* — La Commission consultative d'hygiène mentale est composée de quatorze membres, nommés par arrêté du ministre, dans les conditions indiquées ci-dessous :

*a.* Six membres proposés par l'inspecteur général du service de santé des colonies, parmi les médecins militaires coloniaux ou métropolitains en activité ou en retraite présents à Paris et parmi les personnalités coloniales, spécialisées dans les questions d'hygiène ;

*b.* Six membres proposés par le président de la Ligue d'hygiène mentale ;

*c.* L'inspecteur général du service de santé des colonies ou son adjoint le représentant ; un médecin militaire ou civil de la quatrième section de l'inspection générale du service de santé des colonies.

La participation volontaire des membres de la Commission n'ouvrira droit à aucune rétribution ou indemnité.

Le bureau comprend un président, un vice-président et un secrétaire, élus par la Commission.

La Commission se réunit au ministère des Colonies sur la convocation de son président et au moins une fois par semestre.

Les membres de la Commission consultative d'hygiène mentale sont nommés pour une période de trois ans renouvelable à partir du début de l'année. Tout membre qui durant l'année, n'aura pris part à aucune séance, sera considéré comme démissionnaire et remplacé d'office.

ART. 2. — L'article 3 de l'arrêté du 13 août 1929, modifié par l'arrêté du 15 février 1930, est remplacé par le suivant :

*Art. 3.* — La Commission consultative de prophylaxie des maladies vénériennes est composée de quatorze membres nommés par arrêté du ministre, dans les conditions indiquées ci-dessous :

*a.* Six membres proposés par l'inspecteur général du service de santé des colonies, et choisis parmi les médecins militaires coloniaux ou métropolitains, en activité ou en retraite, présents à Paris, et parmi les personnalités coloniales spécialisées dans les questions d'hygiène ;

*b.* Quatre membres proposés par le ministre de l'Hygiène ;

*c.* Deux membres proposés par le directeur de l'Institut prophylactique ;

*d.* L'inspecteur général du service de santé des colonies ou son adjoint le représentant ; un médecin militaire ou civil de la 4[e] section de l'inspection générale du service de santé des colonies.

La participation volontaire des membres de la Commission n'ouvrira droit à aucune rétribution ni indemnité.

Le bureau comprend un président, un vice-président et un secrétaire élus par la Commission.

La Commission se réunit au ministère des Colonies sur la convocation de son président, et au moins une fois par semestre.

Les membres de la Commission de prophylaxie des maladies vénériennes sont nommés pour une période de trois ans, rendue valable à partir du début de l'année. Tout membre qui, durant l'année, n'aura prix part à aucune séance sera considéré comme démissionnaire et remplacé d'office.

ART. 3. — L'article 4 de l'arrêté du 13 août 1929 est abrogé.

ART. 4. — L'inspecteur général du service de santé des colonies est chargé de l'exécution du présent arrêté.

**Décret du 4 août 1931 modifiant l'article 2 du décret du 24 mai 1930 sur les assurances sociales.** — ARTICLE PREMIER. — Le paragraphe 1[er] de l'article 2 du décret du 24 mai 1930 susvisé est modifié comme suit :

« Les cotisations patronales et ouvrières afférentes tant aux assurés qui travaillent à façon, aux pièces, à la tâche à domicile ou sont rémunérés à l'aide de commissions ou suivant le chiffre d'affaires et qui travaillent pour le compte de plusieurs employeurs, qu'aux assurés qui ne travaillent pour le compte d'un même employeur qu'une seule fois ou par intermittence, ne peuvent être acquittées qu'au moyen des timbres ou vignettes prévu

## NOUVELLES *(Suite)*

à l'article 2, paragraphe 1er, de la loi sur les assurances sociales. »

ART. 2. — Les dispositions de l'article 2 du décret du 24 mai 1930 susvisé sont applicables aux assurés qui accomplissent habituellement moins de deux cent quarante journées de travail salarié au cours d'une année.

ART. 3. — Le ministre du Travail et de la Prévoyance sociale est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

**Décret du 4 août 1931 modifiant l'article 3 du décret du 27 août 1930 sur les assurances sociales.** — ARTICLE PREMIER. — L'article 3 du décret du 27 août 1930 est modifié comme suit :

*Art. 3.* — A droit ou ouvre droit à des avantages supplémentaires pour les prestations en argent proportionnelles au salaire de base :

1° En cas de maladie et de maternité, l'assuré pour qui les versements obligatoires effectués pour les risques de répartition au cours des trois mois précédant celui du début de la maladie ou celui de l'accident sont supérieurs à soixante-douze cotisations journalières s'il appartient aux quatre premières catégories de salaires, ou à 120 francs s'il appartient à la cinquième catégorie ;

2° En cas d'invalidité, de vieillesse ou de décès, l'assuré pour qui les versements effectués pour les risques de capitalisation au cours d'une année d'âge sont supérieurs à 288 cotisations journalières, s'il appartient aux quatre premières catégories, ou à 480 francs s'il appartient à la cinquième catégorie.

**Service de santé militaire.** — Par décision du 21 août 1931, les mutations suivantes sont prononcées :

*Médecins colonels* : M. Guericolas (René-Félicien), hôpital militaire de Strasbourg, est affecté à l'hôpital militaire de Nancy (service).

M. Dircks-Dilly (Jacques-Marie-Martial-Paul), hôpital militaire de Bordeaux, est maintenu et désigné comme président de commission de réforme.

*Médecin commandant* : M. Carret (Claude-Bernardin), 19e corps d'armée, est affecté aux territoires du Sud-algérien (volontaire) (service).

*Médecins capitaines* : M. Pintart (Pierre-Philippe-Ferdinand), hôpital militaire de Lille, est affecté à l'hôpital militaire de Tunis (service).

M. Clerc (Joseph-Elysée-Arsène), École polytechnique, Paris, est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte de Besançon (attendra l'arrivée de son successeur) (service).

M. Michel (Louis-Marcel), troupes du Maroc, est affecté au 3e rég. de hussards à Strasbourg (service).

M. Morel (Charles-Vincent), 10e rég. d'artillerie Rennes, est affecté à la 10e compagnie régionale du train à Rennes.

M. Chausset (René-Léon-Emile), hôpital militaire de Briançon, est affecté à l'infirmerie-hôpital du camp de la Valbonne comme médecin chef (service).

M. Collin (Gaston-Aristide-Pierre-Célestin), 99e rég. d'infanterie, Modane, est affecté à la direction du service de santé de la 14e région, Lyon.

M. Parnet (Marie-Félix-Jean), 103e rég. d'artillerie, à Rouen, est affecté à la 3e compagnie régionale du train à Rouen.

M. Vaudin (Louis-Victor), 7e rég. de chasseurs à cheval, Evreux, est affecté aux troupes du Maroc (volontaire) (service).

M. Vergez (Joseph-Julien-Roger), 505e rég. de chars de combat, Vannes, est affecté au 65e rég. d'infanterie, à Vannes.

### MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

14 SEPTEMBRE. — *Budapest.* Congrès de l'Association stomatologique internationale.

14 SEPTEMBRE. — Cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie infantile).

15 SEPTEMBRE. — *Paris.* Cours technique de chirurgie réparatrice et cosmétique de la face, par M. le professeu- Sebileau.

15 SEPTEMBRE. — *Angers.* École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale.

18 SEPTEMBRE. — *Clermont.* École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'anatomie.

19 SEPTEMBRE. — *Toulouse.* Faculté de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de clinique obstétricale.

20 SEPTEMBRE. — *Nantes.* École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'École de médecine.

20 SEPTEMBRE. — *Buenos-Aires.* Congrès national du service social de l'enfance.

21 SEPTEMBRE. — *Paris.* Hôpital Laennec. Ouverture du cours de perfectionnement sur les actualités phtisiologiques.

22 SEPTEMBRE. — *Tours.* École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physique.

26 SEPTEMBRE. — *Grenoble.* École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale.

28 SEPTEMBRE-4 OCTOBRE. — IIIe Congrès international d'hypiologie et de psychologie appliquée.

1er OCTOBRE. — *Paris.* Ecole de puériculture. Ouverture du cours de puériculture.

5 OCTOBRE. — *Paris.* Leçons sur les notions indispensables de radiodiagnostic clinique médico-chirurgical et d'interprétatiln radiologique, par M. LEDOUX-LEBARD.

5 OCTOBRE. — *Paris.* Hôpital Broussais. Ouverture d'un cours sur les grands syndromes cardiaques sous la direction de M. CHARLES LAUBRY.

5 OCTOBRE. — *Paris.* Hôpital Baudelocque. Ouverture du cours d'opérations obstétricales sous la direction de M. PORTES.

7 OCTOBRE. — *Rouen.* Dernier délai d'inscription pour le concours de l'externat des hôpitaux de Rouen.

7-12 OCTOBRE. — *Paris.* IIe Conférence internationale et Congrès colonial du rat et de la peste.

12 OCTOBRE. — *Paris.* Ouverture d'une série supplémentaire de travaux pratiques de pharmacologie et matière médicale.

13 OCTOBRE. — *Paris.* Ministère des Colonies. Clôture du registre d'inscription pour le concours de médecin stagiaire de l'assistance médicale en Indochine.

15 OCTOBRE. — *Paris.* Ministère des Colonies. Clôture du registre d'inscription pour le concours de médecin stagiaire de l'assistance médicale de Madagascar.

15 OCTOBRE. — *Tours.* Concours pour la nomination d'un chef de clinique obstétricale.

15 OCTOBRE. — *Paris.* Ouverture d'un cours de perfectionnement d'anatomie pathologique.

21 OCTOBRE. — *Paris.* Ouverture d'un concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine.

# LIBRES PROPOS

## LA FONDATION TOMARKIN ET SES COURS DE PERFECTIONNEMENT MÉDICAL A LOCARNO

**Par Cl. REGAUD.**

La *Fondation Tomarkin* de New-York (1) a institué une filiale européenne dont le siège est à Locarno ; elle fut inaugurée le 21 juin 1930. Le but général de cette Fondation est de susciter et d'entretenir des travaux scientifiques dans le domaine de la biologie générale et de la thérapeutique expérimentale. Son programme est donc vaste.

Elle a entrepris la création d'un *Institut de recherches*, consacré principalement à la bactériologie et à la chimie biologique. Cet Institut sera établi sur un vaste terrain, à Locarno même. Le laboratoire de bactériologie est installé ; il est en relation étroite avec le Bureau d'hygiène du canton du Tessin.

La Fondation a commencé à distribuer des *subventions pour recherches scientifiques* conformes à son programme, dans plusieurs centres universitaires d'Europe. Elle publiera des *Annales* qui contiendront les travaux de ses propres laboratoires, ceux dont elle aura favorisé l'exécution et les conférences données pendant les sessions d'enseignement complémentaire médical. Le premier cahier de ces *Annales* a paru (avril 1931) en deux langues (allemand, anglais). La Fondation se propose d'ajouter le français aux deux langues précédentes, dès que ses ressources le permettront.

L'*enseignement médical de perfectionnement* fait partie du programme de la Fondation, et a constitué, jusqu'à présent, sa plus importante manifestation. Cet enseignement a été conçu sur un plan tout à fait international ; cela constitue sa principale originalité et lui confère un grand intérêt. La première session du cours international de perfectionnement médical se tint du 29 septembre. au 14 octobre 1903 ; la deuxième, du 14 au 28 avril 1931, toutes deux à Locarno. La troisième aura lieu du 11 au 25 octobre prochain.

La deuxième session eut, si l'on considère la jeunesse d'une telle entreprise, un grand succès. Elle commença le 14 avril, sous la présidence de M. G. Motta, conseiller fédéral, en présence de l'ambassadeur des Etats-Unis à Berne, de représentants du corps consulaire, du Conseil de l'Etat tessinois, de la municipalité de Locarno, etc. Pour cette deuxième session, la Fondation réunit 28 conférenciers : 7 allemands (F. Blumenthal, G. Elkeles, J. Jadassohn, F. Neufeld, P. Uhlenuth, R. von den Velden, W. Weichard) ; 3 autrichiens (W. Neumann, E.-P. Pick, F. Silberstein) ; 1 belge (A.-P. Dustin) ; 7 français (A. Calmette, R. Leriche, C. Levaditi, Pasteur Vallery-Radot, L.-M. Pautrier, Cl. Regaud, M. Weinberg) 1 hongrois (Koranyi) ; 2 italiens (E. Bertarelli, C. Pezzi) ; 7 suisses (L. Asher, E. Burgi, H. Guggisberg, F. de Quervain, F. Rusca, A. Siegrist, A. Tschirch). Il y eut 163 auditeurs officiellement inscrits (90 suisses, 51 allemands, 11 français, etc.). Les conférences, au nombre d'environ soixante, ont porté sur toutes sortes de sujets ayant un caractère d'actualité. En attendant leur parution dans les *Annales* de la Fondation, leurs résumés ont été imprimés en brochure.

***

Les sessions d'enseignement médical de perfectionnement de Locarno ressemblent un peu à des Congrès, en ce sens qu'elles réunissent de nombreux médecins, conférenciers et auditeurs, et que les conférenciers (qui sont naturellement aussi les auditeurs les uns des autres) y exposent l'état actuel de questions de leur choix, touchant aux parties les plus diverses des sciences médicales. Mais, tandis que dans les Congrès on s'efforce de faire apparaître des faits ou des points de vue aussi originaux que possible, et qu'on les discute, à Locarno, au contraire, les sujets sont envisagés avec la préoccupation principale d'en faire la mise au point. Cela est bien. Il est à souhaiter que les contributions qu'on demandera aux futurs conférenciers conservent — et même accentuent, à mon avis — ce caractère de « mise au point synthétique » et que les sujets en soient choisis moins en raison de la prédilection des auteurs qu'en raison de leur intérêt actuel et de leur importance dans le mouvement médical général. Les réunions semestrielles organisées par la Fondation Tomarkin seront de plus en plus des sessions d'enseignement véritable d'un ordre élevé ; ainsi, elles garderont un grand intérêt pratique. Le médecin praticien, désireux de maintenir son instruction au niveau du progrès, trouvera dans ces réunions des exposés didactiques où les idées et les faits nouveaux seront élaborés et rassemblés à son intention. Il n'a pas besoin des théories prématurées, des controverses, des recherches sur les détails, qui sont au contraire la pâture des chercheurs proprement dits dans chaque spécialité de la Biologie et de la Médecine. Je souhaiterais que les réunions futures aient un programme général moins étendu que les deux premières ; que les conférences soient groupées méthodiquement selon les sujets ; que les sujets, moins nombreux, soient traités plus complètement ; que, dans chaque

(1) Président : M. Ira Campbell ; administrateurs : MM. Stanley Dollar, Robert E. Hague, Robert F. Hand, L.-W. Tomarkin.

## LIBRES PROPOS *(Suite)*

session, quatre ou cinq sujets d'enseignement comportent chacun cinq ou dix leçons méthodiquement ordonnées et constituant un «ensemble». Il est impossible qu'une organisation de ce genre atteigne du premier coup son point optimum ; elle s'adaptera sans cesse aux besoins de ceux à qui elle est destinée. Le succès initial, et la faculté admirable de réalisation de son animateur, M. L. Tomarkin, sont de sûrs garants de ses progrès. Bientôt sans doute de nombreux médecins venus de toutes les parties du monde viendront à Locarno ou à Lugano (il est question de faire alterner le siège des réunions entre les deux principales villes du Tessin), attirés par des programmes qui permettront à chacun de recevoir le « corps d'enseignement » approprié à son besoin.

Les sessions d'enseignement médical de la Fondation Tomarkin ne feront pas concurrence aux cours complémentaires organisés dans les grandes Facultés de médecine — par exemple à Vienne, Paris ou Berlin. Ceux-là sont surtout des cours de spécialités médicales, et ils ont nécessairement un caractère de technicité très accusé. L'enseignement de Locarno ne peut guère acquérir un caractère technique ou clinique ; il sera, comme tous les enseignements oraux, un « enseignement d'idées ». Cela est une différence, non pas une infériorité.

Mais les cours de la Fondation Tomarkin auront sur ceux qui ont lieu dans les grandes Universités un avantage singulier, celui d'être donnés ailleurs que dans une grande ville : le Tessin est un des pays les plus beaux du monde ; le printemps et l'automne le décorent de toutes leurs grâces. Pour cette raison, les réunions de Locarno ont laissé à ceux qui les ont fréquentées le souvenir d'un relais lumineux et charmant, dans le chemin monotone et dur du travail professionnel : car l'austérité des conférences eut pour contre-partie le décor magnifique du Lac Majeur, et une atmosphère de chaude cordialité, de plaisir simple et de repos.

La valeur symbolique que Locarno doit au pacte européen de 1925 confère aux sessions d'enseignement de la Fondation Tomarkin un caractère spécial et que, pour ma part, j'estime très haut. Rassembler ici des médecins, maîtres et auditeurs, de tous pays, afin qu'ils se connaissent mieux, qu'ils s'instruisent les uns les autres, qu'ils contractent des liens d'amitié et d'estime, — c'est travailler efficacement à faire pénétrer dans une des élites les plus influentes l'esprit de paix et de collaboration européenne. Beaucoup d'entre nous (tous je l'espère) cultivent et aspirent à répandre cet esprit. Sans renier en quoi que ce soit l'amour de nos patries respectives, nous sentons bien que le temps et la nécessité sont venus pour elles de s'aimer les unes les autres et de placer au-dessus des intérêts nationaux particuliers une unité européenne. Il ne s'agit certes pas de supprimer les frontières, mais de faire en sorte qu'elles ne soient plus comme des barrières, de part et d'autre desquelles on s'enferme et on se regarde jalousement.

Toutes les circonstances concourent ainsi à conférer aux sessions d'enseignement médical de perfectionnement, instituées par la Fondation Tomarkin, un vif intérêt. Je souhaite que nos étudiants en médecine avancés dans leurs études, nos internes des hôpitaux, nos médecins, profitent en grand nombre des facilités qui leur sont offertes, pour passer dans le magnifique Tessin deux semaines consacrées à un travail utile, mélangé de plaisirs de rare qualité.

## VARIÉTÉS

### LE PETIT V. E. M. DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS AUX STATIONS HYDRO-CLIMATIQUES DE LA SAVOIE (PENTECOTE 1931)

**Par Roger EVEN.**

Le Petit V.E.M. de la Faculté de médecine de Paris s'est déroulé à la Pentecôte dans les stations hydro-climatiques de la Savoie. Dirigé par M. le professeur Maurice Villaret, assisté de ses collaborateurs, MM. L. Deval et L. Justin-Besançon, il groupait une cinquantaine d'adhérents, sélectionnés par moitié parmi les étudiants en médecine de cinquième année et les internes des hôpitaux. Il a remporté un très vif succès, bien justifié par les notions de thérapeutique pratique acquises, la beauté des sites parcourus et... la gratuité absolue. Ce principe de la gratuité transforme très heureusement l'esprit des petits V.E.M. qui deviennent, par là même, des voyages d'études destinés à sanctionner : et les efforts des élèves ayant obtenu les meilleures notes à l'examen de thérapeutique, — puisqu'un vingt-cinquième d'entre eux seulement ont pu être admis, — et les sacrifices des stations thermales qui reçoivent l'élite médicale de demain. Au nom des jeunes, particulièrement sensibles à cette innovation, nous ne saurions remercier trop vivement nos maîtres, qui ont obtenu ce résultat par leurs persévérants efforts près de l'Institut d'hydrologie et de l'Office national de tourisme, où ils ont trouvé en M. le professeur Desgrez, et en M. Vallat, — à qui nous exprimons notre gratitude, — les plus

## VARIÉTÉS *(Suite)*

bienveillants et les plus puissants des défenseurs.

Il est d'ailleurs probable qu'une conception nouvelle des visites d'étudiants et de médecins aux stations de cure devra être étudiée : car l'enthousiasme suscité par les V.E.M. organisés avant la guerre par Landouzy et Carron de la Carrière, et surtout leur très grand succès depuis qu'ils ont été repris, après la guerre, par les professeurs Carnot et Rathery, a naturellement suscité un si grand nombre d'imitations (dont quelques-unes d'ordre strictement commercial) qu'il est actuellement devenu impossible d'infliger aux stations, malgré les avantages d'une telle propagande, des sacrifices de temps et d'argent constamment renouvelés. La question des voyages médicaux aux stations doit donc être assainie et réglementée...

Ces remarques discrètes une fois indiquées, nous allons relater en détail le petit V.E.M. de la Faculté de Paris fait aux stations de Savoie sous la direction du professeur Maurice Villaret.

***

**Rumilly.** — Le premier arrêt de la caravane est pour Rumilly, vieille petite ville, située approximativement à égale distance d'Annecy et d'Aix-les-Bains, sur un plateau découpé entre les lits encaissés du Fier et du Chéran. Elle n'est ni une station thermale, ni une station climatique, mais, étant données l'importance de son industrie laitière et l'importance du lait dans l'alimentation et dans la thérapeutique, nous concevons aisément combien il eût été regrettable, pour des futurs médecins, de ne pas comprendre Rumilly dans leur voyage.

Après un brin de toilette et un excellent déjeuner, qui nous remettent des fatigues d'une nuit entière passée en chemin de fer, M. de Castella, administrateur de la Compagnie générale du lait, nous souhaite la bienvenue, et nous résume brièvement les notions générales indispensables sur la fabrication du lait, notions qui nous permettent de mieux comprendre, quelques instants plus tard, les différents rouages de leurs ingénieuses installations. De fait, la visite des usines est pour nous un émerveillement, en même temps que le plus utile des enseignements. Certes, il n'est pas question, et il ne sera jamais question de substituer le lait concentré au lait maternel, ou même au lait de vache, si ce dernier est recueilli dans les meilleures conditions possibles d'asepsie, chez des animaux sévèrement et périodiquement contrôlés. Mais quand l'allaitement maternel est impossible pour des raisons pathologiques ou... malheureusement, pour des raisons sociales, quand le lait de vache ne présente pas toutes les garanties désirables, ce qui est presque la règle en France, de par la faute des modalités d'application de nos règlements, il n'est pas contestable que le lait concentré rende les plus grands services, surtout quand on connaît les conditions dans lesquelles il est préparé, conditions qui expliquent sa composition constante, sa conservation prolongée, son succès en France et même à l'étranger, dont nous avons été tributaires jusqu'à ces dernières années.

Après cette très intéressante visite, les cars nous emmènent sur les bords du lac d'Annecy jusqu'au château de Duing, et c'est le retour à Rumilly, pour un banquet dont nous conserverons très longtemps le souvenir, tant nos papilles linguales ont été délicieusement impressionnées.

**Aix-les-Bains.** — Il est près de quatre heures quand nous arrivons à Aix-les-Bains, salués par quelques confrères dévoués de la station. Nous sommes immédiatement dirigés sur le vieil établissement thermal, où le Dr Blanc nous précise en quelques mots les propriétés des eaux d'Aix : eaux hyperthermales, sulfureuses et radioactives, souveraines dans les douleurs post-traumatiques, et dans les douleurs des rhumatismes chroniques. La visite de l'établissement thermal suit la conférence. Elle nous montre que si la cure de boisson n'est pas négligée à Aix, c'est la cure externe qui joue le rôle prépondérant, ainsi qu'en témoignent ces installations hydrothérapiques : douches-massages, étuves générales, étuves locales, complétées par l'installation mécanothérapique de l'Institut Zander... et par des projets dont la réalisation que nous espérons prochaine donnera à Aix la place à laquelle elle peut justement prétendre, par la qualité de ses eaux et par sa situation privilégiée, à 2 kilomètres du lac du Bourget, au pied du Mont Revard, situation qui en fait non seulement une station thermale, mais encore une station climatique de premier ordre.

Le soir, le dîner nous trouve réunis sur les bords du lac, où nous nous plaisons à rester jusqu'à une heure avancée, malgré les fatigues de cette première journée.

**Challes.** — Nous quittons Aix le lendemain matin dès huit heures, et par Chambéry, nous gagnons Challes, coquette station, heureusement située dans une riante vallée de la Savoie, au pied du mont Saint-Michel. Nous sommes reçus par le Dr Vincent, qui nous entretient très longuement des propriétés et des indications des eaux de Challes : eaux froides, essentiellement sulfurées sodiques, accessoirement bicarbonatées sodiques, iodurées, et bromurées, utilisées également par

voie interne et externe, dans les affections des voies respiratoires supérieures, surtout dans les affections avec catarrhe purulent ou mucopurulent, le soufre étant par excellence la médication spécifique du pus. Pour terminer, le conférencier insiste sur la nécessité en hydrologie, comme en médecine générale, d'une étroite collaboration entre la clinique et le laboratoire, et c'est la visite de l'Établissement thermal. Ceux d'entre nous qui ont connu Challes il y a quelques années seulement, sont agréablement surpris de constater les transformations de cette station, appelée certainement par le labeur intelligent de ses dirigeants et de ses médecins à tenir une place importante parmi nos meilleures stations françaises.

**Allevard.** — Avant notre départ, un vin d'honneur nous est offert à la terrasse du Grand-Hôtel, d'où nous découvrons un très beau panorama sur la chaîne de Belledonne. De là, nous remontons dans nos cars, et par la jolie vallée du Bréda, nous descendons à Allevard, sise aux confins de l'Isère et de la Savoie.

A notre arrivée, le Dr Chastaing nous synthétise très rapidement les propriétés des eaux d'Allevard : eaux froides, sulfurées calciques, employées surtout par voie externe, contre les affections chroniques non tuberculeuses des voies respiratoires supérieures. Puis, sous la direction des confrères de la station, nous visitons l'Établissement thermal, qui nous laisse la meilleure impression, tant par son confortable aménagement que par sa situation privilégiée dans un très beau parc, délice des malades, qui trouvent là le plus sain des repos, dans un coin protégé des vents par les montagnes voisines, sous un climat doux et sédatif, cependant légèrement tonique, par l'arrivée de l'air des cimes neigeuses du massif des Sept Laus.

**Saint-Gervais-Le Fayet.** — Immédiatement après le déjeuner, nous partons pour Saint-Gervais Le Fayet. Allevard, Saint-Gervais, constituent la plus belle partie de notre voyage et nous ne savons ce qu'il faut le plus admirer, des magnifiques gorges de l'Arly ou de la splendide vue sur le Mont Blanc que nous avons de Combloux, entre Mégève, station très recherchée des prétuberculeux pulmonaires, et Saint-Gervais, étagée sur les pentes d'un contrefort du Mont Blanc : le Mont Prarion. Saint-Gervais-Le Fayet est le prototype des stations hydro-climatiques. Station climatique par Saint-Gervais où nous visitons, sous la direction du Dr Payet, un préventorium réservé aux enfants. Station hydrologique par Le Fayet, aux eaux sulfatées chlorurées sodiques et calciques, bromurées et lithinées, dont chacun connaît l'efficacité dans les différentes manifestations de l'arthritisme, et plus particulièrement dans les manifestations cutanées : prurits, psoriasis, eczéma. Certes, l'Établissement thermal que nous montre le Dr Roux ne répond peut-être pas tout à fait aux exigences de la thérapeutique hydrologique moderne, mais très certainement, par une entente entre les différents organismes intéressés, nous verrons dans un avenir très rapproché se réaliser les transformations nécessaires à la prospérité de la station, appelée par son passé au plus brillant avenir.

**Sancellemos, Praz-Coutant, Passy.** — La troisième journée du voyage nous réserve une très longue étape; aussi, dès 7 heures du matin, les cars nous attendent-ils devant le Syndicat d'initiative de Saint-Gervais, où nous trouvons le Dr Mallein venu nous souhaiter la bienvenue et nous faire ses adieux avant notre départ pour Chamonix.

Le glacier des Bossons, le plateau du Plan-Praz, l'aiguille du Midi... défilent tour à tour sous nos yeux émerveillés, mais, hélas, aucun arrêt n'est prévu. C'est réellement un voyage d'études médicales. A Chamonix, les cars s'arrêtent, une lueur d'espoir se devine sur les visages. Une excursion serait-elle prévue au dernier moment ? Mais non, notre espoir est vite déçu, le temps que les cars fassent leur plein d'essence, un coup de sifflet, et c'est le départ pour les sanatoria de Sancellemos, de Praz-Coutant et de Passy. Tous ces sanatoria ont un triple caractère commun : la valeur scientifique et morale de leurs médecins, leur parfaite organisation matérielle et technique leur remarquable situation entre 1 000 et 1 200 mètres d'altitude, donc bien au-dessus de l'humidité et des brouillards de la vallée, à l'entrée d'une immense forêt de pins qui les abrite des vents; ils jouissent en outre d'un panorama unique qui s'étend depuis le massif du Buet jusqu'à la chaîne des Aravis, sur une vaste étendue, dont le fond est constitué par le Mont Blanc. Nous visitons d'abord Sancellemos, qui sera terminé dans quelques semaines, et constituera un établissement de premier ordre, susceptible de rivaliser avec les plus belles organisations françaises et étrangères. Puis Praz-Coutant, réservé à la clientèle tout juste aisée, où les malades de même sexe sont répartis par groupes de dix ou douze, dans des petits chalets séparés ; Passy enfin, où un excellent banquet nous est servi, présidé par les Drs Tobé et David, qui apportent l'un et l'autre tout leur savoir et tout leur dévouement à la lutte antituberculeuse par le développement des installations sanatoriales.

# VARIÉTÉS *(Suite)*

**Évian.** — Nous ne savons pas et nous ne voulons pas savoir, mais soit sous l'influence du banquet, soit sous l'influence de l'air trop vif de la montagne, collègues et étudiants sont hypertoniques, même le plus calme de nos Lorrains est transformé, et il faut tout le climat sédatif du lac Léman pour voir leur tonus devenir normal. N'est-ce pas là le meilleur hommage que nous puissions rendre à Passy que nous venons de quitter et à Evian où nous arrivons, salués par les confrères de la station ?

Dans une des salles de l'Établissement thermal où nous sommes réunis, le Dr Bergouignan nous schématise les propriétés des eaux d'Evian : eaux froides, carbonatées calciques, ferrugineuses (très peu minéralisées cependant, moins de 0gr,50 par litre), indiquées essentiellement dans les affections justiciables des cures de diurèse, — et c'est le banquet au Splendide, banquet qui marque malheureusement la fin du voyage. Au dessert, successivement, M. Bernard, administrateur délégué, le Dr Malavialle, président du Syndicat des médecins, ont pour nous les paroles les plus aimables. Notre collègue Van den Bosh, dans une éloquente improvisation, se fait notre interprète pour remercier les organisateurs du voyage et les stations qui nous ont reçus ; enfin, M. le professeur Maurice Villaret fait retentir une dernière fois les vœux des directeurs des voyages d'études médicales et lève son verre à la prospérité d'Evian, des stations de la Savoie et de toutes les stations françaises, joyaux précieux de notre richesse nationale.

**Le lac Léman. Lausanne.** — Le lendemain, avant notre départ d'Evian, nous visitons l'Établissement thermal que nous n'avons pas eu le temps de voir la veille ; nous nous attardons quelques instants sur la plage où beaucoup d'entre nous, par une pudeur qui les honore, regrettent de ne pouvoir se baigner ; et, après un apéritif pris au Grand Casino, nous prenons le bateau qui nous débarque à Ouchy. L'après-midi, les véémistes s'éparpillent à Genève, à Vevey, à Montreux..., et se retrouvent tous le soir au train de Lausanne. Quelques vieilles chansons de France, puis, peu à peu, les voix se couvrent, enfin c'est le silence profond, jusqu'au lendemain matin à 7 heures. Nous sommes à Paris.

# REVUE DES CONGRÈS

## VIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE THALASSOTHÉRAPIE

*Berck-Plage, 26, 27, 28 mai 1931* (1).

### Séance solennelle d'ouverture.

Le mardi 26 mai s'est ouvert à Berck-Plage, sous la présidence de M. Blaisot, ministre de la Santé publique, le VIe Congrès de la Société internationale de thalassothérapie.

Plus de 200 médecins et chirurgiens français et étrangers s'étaient donné rendez-vous dans la grande salle de conférences de l'hôpital maritime de l'Assistance publique. Des allocutions de bienvenue furent prononcées successivement par MM. E. Sorrel, président du Congrès ; Marcel Labbé, président du Bureau permanent de la Société de thalassothérapie; Terwagne, délégué belge; Delitala, délégué italien ; Jurascz, délégué polonais ; Jacobovici, délégué roumain ; Joseph Simon, délégué tchéco-slovaque ; Yovtchitch, délégué yougoslave ; Chénevier, secrétaire général de l'Assistance publique ; Lereboullet, délégué de la Société de pédiatrie ; Ombrédanne, délégué de la Société d'orthopédie ; Rathery, de la Société d'hydrologie ; Armand-Delille, de la Société médicale des hôpitaux ; Lenormant, de la Société de chirurgie de Paris ; Coureaud, du ministère de la Marine; Clavelin, du ministère de la Guerre ; Chatelay, recteur de la Faculté de Lille ; Lenoir, de l'Académie de médecine ; Ambroise Rendu, du Conseil municipal de Paris; Nobécourt, du ministère de l'Instruction publique, et enfin par le ministre de la Santé publique.

(1) Association de la Presse médicale française.

Au cours de quelques-unes de ces allocutions, comme dans la conférence faite ensuite sur Berck par le Dr Henry de Rothschild, l'histoire de notre grande station de cure marine fut exposée. Résumons-la en quelques mots.

C'est en 1820 qu'un médecin de Montreuil, Perrochaud, confia des nourrissons de l'Assistance publique et des enfants « scrofuleux » à Mme la veuve Duhamel, du village de Grosfliers. Celle-ci conduisait deux fois par jour ses petits malades à la Plage alors déserte de Berck, et comme Grosfliers en est loin, elle les transportait dans une brouette. Le climat faisait merveille et les petits scrofuleux guérissaient de manière étonnante. Aussi Perrochaud résolut de confier des malades à une femme qui vivait dans une cabane à Berck, Marianne, dite « Marianne toute seule ».

Frappé des excellents résultats obtenus, Perrochaud les soumit à l'Assistance publique de Paris qui décida en 1861 de créer un hôpital de 100 lits près du phare de Berck — cet hôpital fut honoré de la visite de l'impératrice Eugénie en 1864 — et l'Assistance décida la construction d'un vaste hôpital marin, l'hôpital Napoléon, qui fut inauguré en 1869.

Peu après, le baron James de Rothschild créait un hôpital privé, que la générosité de la famille de Rothschild a constamment entretenu depuis.

C'est autour de ces fondations que s'est peu à peu créée cette ville de 35 000 habitants, ville de malades contenant plus de 100 maisons de santé, ville unique en son genre — et qui est bien, comme on l'a dit, « fille de la Charité ».

Elle est aussi fille de la Science, car après Perrochaud et Cazin, le poste de chirurgien-chef de l'hôpital maritime

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

fut pendant vingt-huit ans, de 1891 à 1919, entre les mains de Victor Ménard. Savant aussi modeste que travailleur infatigable et clinicien de grande lignée. Ménard, par ses travaux sur la tuberculose osseuse fit une œuvre qui durera, par ses élèves constitua une école et fit de Berck un grand centre d'enseignement. Le choix de Berck pour siège du Congrès international de thalassothérapie constituait l'apothéose de la carrière de Victor Ménard, dont le nom restera, comme l'a dit le professeur Lenormant, parmi ceux des bons ouvriers de la chirurgie osseuse avec Ollier, avec Lannelongue.

### Traitement de la coxalgie et des séquelles.

Rapport de M. DELAHAYE (de Berck).

L'auteur montre quelles sont les directives essentielles et les tendances nouvelles qui président en France au traitement de la coxalgie.

Depuis Lannelongue et Ollier s'est progressivement constitué un traitement classique de la coxalgie qui a permis de préciser :

1° *Les données de la climatothérapie*, base du traitement général ;

2° *Les lois de l'immobilisation*, base du traitement local ;

3° *Le traitement des abcès et des fistules ;*

4° *Les lois de l'appareillage.*

Dans ce traitement classique, *le rôle de la chirurgie* est limité :

*Pendant la période évolutive de la lésion* : aux interventions de nécessité de drainage, à l'exérèse ou à quelques opérations pour lésions limitées (séquestrectomies, curettage de caverne).

*Pendant la période des séquelles* : à certaines interventions *orthopédiques* dont l'ostéotomie extrafocale pour la correction des *hanches ankylosées en attitude vicieuse*, reste le type exclusif et parfait.

Mais il y a dans ce traitement plusieurs points faibles :

I. Quelle que soit la valeur du traitement général, la thérapeutique spécifique de la tuberculose reste à trouver, d'où les recherches de laboratoire.

II. *Malgré le soin apporté au traitement local classique, les aggravations ne sont pas toujours évitées.*

*Presque toujours chez l'adulte et parfois chez l'enfant, l'évolution reste longue et traînante.*

De toute manière la durée minima d'évolution ne peut être raccourcie et la maladie passe par l'inéluctable cycle anatomo-clinique, que les formes de l'enfance réalisent le plus schématiquement.

*Pour modifier semblable évolution, certains chirurgiens ont pratiqué des essais opératoires, intrafocaux, pendant la période d'activité lésionnelle.*

La valeur de ces essais est actuellement jugée. De l'avis même de ceux qui les ont pratiqués, une semblable méthode ne mérite pas continuation.

III. *Des séquelles anatomiques et fonctionnelles viennent grever encore le budget des guérisons véritables dans les coxalgies non ankylosées.*

Par l'emploi de l'*arthrodèse*, la chirurgie moderne a ouvert un de ses plus beaux chapitres.

IV. A l'heure actuelle il apparaît que les *indications de l'arthrodèse* débordent même le cadre des séquelles des coxalgies mobiles et les travaux les plus récents montrent que certaines formes évolutives de l'adulte, tout au moins, peuvent bénéficier de l'ankylose opératoire précoce.

Pareille chirurgie ne peut être possible et avantageuse que si l'on sait parfaitement reconnaître ces contre-indications :

Etat général déficient ;

Poussées évolutives locales ;

Décharges toxémiques ;

Localisations multiples,

évidentes ou frustes, sont autant de manifestations qui s'opposent à l'acte opératoire.

Telles sont les idées très générales qui paraissent répondre chez nous aux tendances actuelles.

L'aéro, la thalasso et l'héliothérapie sont les trois éléments capitaux du traitement général.

Chacun d'eux, loin de s'opposer, doit se prêter un mutuel concours, et les indications spéciales de chaque climat, où l'un ou l'autre de ces éléments domine, varieront selon les cas particuliers.

Leur action, en améliorant le terrain sur lequel évolue la lésion, favorise sa guérison et en atténue la gravité.

L'action du soleil sur le foyer hâte la cicatrisation des fistules et des plaies opératoires.

Jusqu'à maintenant les méthodes biologiques et chimiothérapiques n'ont pas fait leurs preuves définitives.

Grâce au laboratoire, l'actuelle thérapeutique sortira un jour du cul-de-sac où elle est engagée, mais il est prudent d'exécuter ces traitements d'essai sur des malades bénéficiant par ailleurs du traitement général climatique dont l'efficacité est universellement reconnue.

L'auteur développe ensuite les règles classiques du traitement local *pendant la période évolutive*, et insiste :

1° *Sur la nécessité d'une immobilisation* en bonne position pendant toute la durée de l'évolution, soit par *extension continue*, soit par *appareillage plâtré* : plâtre bivalve, plâtre fermé, et précise les indications spéciales des deux méthodes ;

2° Sur le traitement des incidents qui surviennent au cours de l'évolution : *attitudes vicieuses, abcès, luxations précoces* ;

3° Sur la difficulté de traiter certaines *fistules prolongées* et sur l'action très inconstante des vaccins-sérums en injections intramusculaires, pansements *in situ* d'antivirus et de filtrats, en ces cas ;

4° Sur le traitement des lésions graves et multi-fistuleuses par les interventions de drainage ; résection de hanche ou exérèse ; désarticulation.

*Après la période évolutive* :

1° *Lorsqu'une coxalgie de l'enfance a terminé sa période évolutive, ce que montrent signes cliniques, radiographiques, temps écoulé*, les aspects anatomiques qu'elle présente sont :

Erosion cartilagineuse ;

Pseudarthrose intracotyloïdienne ;

Pseudarthrose extracotyloïdienne ;

Ankylose osseuse.

*Cliniquement, la hanche est ankylosée ou mobile, en bonne ou en mauvaise position.*

*Quel est l'avenir de la guérison focale de la hanche coxalgique?*

Bien que la mobilité favorise les récidives, on ne peut

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

se baser de manière certaine sur l'existence d'une ankylose totale pour conclure à l'improbabilité d'une récidive d'abcès ou de fistule.

*Quel est l'avenir fonctionnel de la hanche coxalgique?*

L'ankylose osseuse totale en mauvaise position est aisément corrigée par l'ostéotomie.

Une hanche mobile en position vicieuse est d'un mauvais pronostic fonctionnel.

Une hanche mobile en position correcte ne sera avantageuse que si elle reste *stable et non douloureuse.*

Or, il y a *chez l'enfant* un nombre respectable de coxalgies mobiles qui restent stables, non douloureuses et dont la mobilité doit être conservée. Sur 161 cas, revus par l'auteur, de quatre à dix ans, 48 coxalgies se sont terminées avec mobilité utile. Mais on ne peut se rendre compte de ces qualités que par l'épreuve prolongée de la marche.

Jusqu'à ces vingt dernières années, le traitement habituel était relativement démuni pour lutter contre les séquelles des hanches mobiles instables et douloureuses : appareillage, ostéotomie basse.

Cette insuffisance est actuellement comblée par la pratique des *arthrodèses.*

Depuis Albee, 1908, Maragliano, 1913, Nové-Josserand et Tavernier, 1921, le rapport de Mathieu, 1926, la thèse du Dr Bérard et les nombreuses publications parues dans les Sociétés savantes, en particulier Société de chirurgie, la question de l'opportunité de l'ankylose opératoire dans les séquelles des coxalgies mobiles est réglée.

Il existe quatre modes principaux d'arthrodèses :

*A.* Intra-articulaire ;
*B.* Extra-articulaire ;
*C.* Para-articulaire ;
*D.* Mixte.

Etant données les formes anatomiques multiples des vieilles coxalgies, le même mode doit-il être employé pour tous les cas, ou bien existe-t-il une méthode de choix pour chaque cas particulier?

**Pseudarthroses intracotyloïdiennes.** — Tous les chirurgiens ont abandonné l'arthrodèse intra-articulaire à cause de la difficulté de consolidation des surfaces.

Beaucoup ont employé l'excellente arthrodèse extra-articulaire type Mathieu Wilmoth, avec d'excellents résultats.

Mais l'existence de foyers résiduels enkystés est fréquente dans ces formes anciennes, et nous savons qu'ils peuvent récidiver même sur des hanches bien ankylosées.

Pour un certain nombre de chirurgiens, la mesure de prudence consiste non pas à éviter ces lésions résiduelles, mais à en débarrasser l'articulation par curettage et avivement.

Pour compléter la consolidation, une arthrodèse extra-articulaire supplémentaire est faite.

*Ainsi est née l'arthrodèse mixte.*

**Pseudarthroses serrées sans destructions importantes ni lésions résiduelles.** — Elles bénéficient parfaitement de l'arthrodèse extra-articulaire Mathieu. Certains y apportent des modifications de détail :

Incision d'Ollier élargie ;

Avivement large de la partie externe du col afin d'avoir une bonne consolidation au point faible.

**Pseudarthroses totales avec énorme destruction et ascension trochantérielle marquée secondaire aux résections de drainage et aux coxalgies de nourrisson.** — L'arthrodèse par avivement pur et simple au ciseau permet d'obtenir de bonnes consolidations.

Les conditions anatomiques spéciales de pareilles luxations sont seules capables de justifier l'usage d'un procédé dérivé directement de l'ancienne arthrodèse intra-articulaire simple.

Telles sont les indications spéciales des unes et des autres variétés d'arthrodèses. La notion qui doit dominer avant tout est la recherche d'une ankylose massive et saine.

**Coxalgies de l'adulte.** — L'évolution de la coxalgie est d'autant plus traînante que le sujet avance en âge, et sa guérison est d'autant plus incertaine.

L'ankylose est exceptionnelle et la mobilité, dans les lésions sérieuses, reste, en règle, désavantageuse.

L'absence de décalcification de voisinage ou tout au moins son faible degré est un élément heureux pour la mise en place d'un greffon.

L'ankylose opératoire, en période évolutive chez l'adulte, est donc, *a priori*, logique.

Mathieu attache une grande valeur à certains aspects anatomiques, formes à début cotyloïdien, formes de carie sèche.

Opérer ces malades lorsqu'ils présentent un bon état de santé générale : en dehors des poussées locales et générales, — à distance du foyer par le procédé para-articulaire, sont des conditions essentielles.

Les résultats immédiats sont bons et on peut affirmer l'innocuité de l'intervention faite à distance et l'obtention d'ankyloses solides.

Mais il faut attendre encore pour se faire une idée exacte sur la valeur de la méthode.

En résumé, *grâce à l'étude plus parfaite des indications et des contre-indications opératoires, le traitement classique s'est enrichi d'acquisitions nouvelles.*

*Chez l'enfant, bon nombre de coxalgies traitées par l'immobilisation se terminent avec une mobilité utile qui mérite d'être conservée,* et *pour décider de l'utilité de l'arthrodèse,* il sera souvent nécessaire de savoir ce que l'épreuve de la marche peut donner.

*Lorsqu'on interviendra pour les séquelles des hanches mobiles chez l'enfant et l'adulte, à chaque cas spécial* devra répondre une technique particulière.

*Chez l'adulte,* la mobilité n'est pas un élément favorable et l'évolution lésionnelle est très lente.

C'est de cette constatation qu'est née l'arthrodèse para-articulaire faite relativement tôt.

Pareilles indications sont d'extrême prudence et ne peuvent être envisagées qu'après examen approfondi des malades et lorsqu'un traitement général les aura mis dans les meilleures conditions de résistance possible.

Rapport de M. Marcel GALLAND (de Berck).

Dans ce travail, l'auteur s'est efforcé de montrer l'état actuel du traitement de la coxalgie en essayant de dégager des directives essentiellement variées qui sont le fait des tempéraments médicaux ou chirurgicaux de chacune des habitudes thérapeutiques si divergentes, propres à chaque nation et à son organisation sociale, de dégager une ligne de conduite logique, sûre et cependant aussi ri-

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

goureusement moderne et à l'ordre du jour qu'il se doit. On remarquera qu'une véritable préoccupation dominera constamment cette étude, à savoir : quelle est la place de l'interventionnisme et du conservatisme, quel est le rôle et quelles sont les limites du néo-interventionnisme moderne (car on a trop tendance maintenant à proclamer que la coxalgie est devenue une affection d'ordre chirurgical). L'interventionniste est le chirurgien *qui pratique habituellement* et *de principe* des interventions intrafocales en période évolutive et surtout au début. Cet interventionnisme, qui semblait définitivement mort, renaît de ses cendres sous le prétexte de l'asepsie moderne, sous l'impulsion du tempérament chirurgical (essentiellement chez les chirurgiens généraux citadins) et souvent du fait de la méconnaissance du caractère absolu du cycle évolutif de la tuberculose osseuse (première année : ensemencement; deuxième année : ulcération; troisième année : sclérose de limitation des lésions). On est interventionniste si l'on ouvre un abcès froid, si l'on évide une lésion avec plombage ou remplissage de la cavité au moyen de greffes osseuses, etc., et surtout si ces interventions sont pratiquées en *méconnaissant le cap du dix-huitième mois*. Avant le dix-huitième mois, la lésion est envahissante ou ne demande qu'à envahir. Après le dix-huitième mois, la lésion est limitée. On peut alors concevoir des opérations intrafocales à l'intérieur de la barrière de guérison (généralement inoffensives, mais dont on pourra discuter l'opportunité) et des opérations extrafocales (orthopédiques ou fonctionnelles, ankylosantes, etc.), toujours inoffensives si réellement extrafocales. En opposition à l'interventionnisme : le conservatisme. Il ressort avec évidence des réponses reçues que le conservatisme intégral (absence totale de tout traitement chirurgical) est périmé. Mais quelle est la ligne de conduite générale qui se dégagera de la discussion?

Elle semble être la suivante : coucher le malade sur plan dur, l'immobiliser strictement (plâtre ou extension) pendant deux ans et demi chez l'adulte, trois ans chez l'enfant. Ne pratiquer d'intervention intrafocale qu'exceptionnellement (séquestre ou fistule mal drainée) et que tardivement, après le dix-huitième mois, mais recourir aussi largement qu'il conviendra aux opérations orthopédiques ou fonctionnelles extrafocales, même à l'arthrodèse précoce extra-articulaire, si l'expérience démontre (mais ce n'est pas encore le cas) qu'elle peut en fait être pratiquée hors du foyer ou des abcès, ses prolongements, et que si les résultats d'ensemble à longue distance (dix ans) sont supérieurs à ceux des méthodes habituellement en usage et focalement et fonctionnellement (ce qui n'est pas encore démontré de sitôt).

L'auteur affirme la véracité de ces propositions en étudiant les inconvénients de la déambulation précoce jointe à l'immobilisation (statistiques) ; la nécessité de l'immobilisation stricte, la façon de la pratiquer, sa durée ; en décrivant les divers types d'abcès (précoces, tardifs, résiduels, type rechute, type coxalgie mobile), en mettant en évidence dans ces cas le rôle du terrain, en comparant les résultats statistiques des méthodes de traitement sanglant des abcès et du traitement par ponctions ; le traitement des fistules, etc. Puis vient un chapitre sur le traitement orthopédique pendant l'évolution, la façon de lutter contre les atititudes vicieuses, le traitement de convalescence, enfin l'étude critique des résultats.

L'étude des résultats se montre malaisée à conduire. Il convient, en effet, d'interpréter les statistiques et de ne pas se contenter d'additionner les chiffres. Il en ressort dès lors que les interventionnistes ne peuvent nous donner aucune statistique importante, aucune statistique à long recul, et que des interventionnistes de longue date et notoires ont abandonné leur méthode. Il est, en outre, évident que le traitement conservateur ne donne de bons résultats que s'il est entrepris dès le début et d'emblée strictement. Enfin, il reste évident que, quel que soit le traitement s'il est bien conduit, quel que soit le climat, etc., on obtient, au point de vue fonctionnel et particulièrement au point de vue mobilité de la hanche, des résultats généralement semblables et que l'on pourrait chiffrer de la façon suivante :

53 p. 100 de hanches mobiles avec tous leurs inconvénients ;

30 p. 100 de mobilité minime mais gênante ;

Et seulement 17 p. 100 de stabilité articulaire (ankylose osseuse ou fibreuse serrée).

Seule, la stabilité articulaire donne un résultat fonctionnel satisfaisant.

En effet, les échecs, les séquelles redoutables de la coxalgie sont le fait de la persistance de la mobilité. Ce sont les attitudes vicieuses progressives, les crises douloureuses, les abcès à répétition, la majorité des boiteries. Or, il est bien évident que si une coxalgie ankylosée en attitude correcte présente le minimum de boiterie, la hanche mobile, même très peu mobile (4 à 5°) boitera de façon très disgracieuse. Cette boiterie (l'antalgie décrite par Calvé) se traduit par une inclinaison du tronc vers le côté malade portant pendant l'appui unilatéral statique ou pendant la marche. Cette démarche ou cette attitude se distingue de la boiterie du moyen fessier ou de l'attitude de Trendelenburg en ce sens qu'il n'y a pas, comme dans ces cas, plongeon du bassin vers le côté opposé au membre malade portant. Pendant l'appui unilatéral sur le membre coxalgique, il est évident que le poids du tronc qui est transmis au sacrum tendra à fermer l'angle pelvi-fémoral (sauf conservation du moyen fessier ou existence d'une butée interne inter-ischio-petit trochanter), mais le malade saura instinctivement éviter ce mouvement de fermeture de l'angle pelvi-fémoral et la distension qui risque de devenir douloureuse des fibres supérieures de la capsule articulaire, par une translation en masse du poids du tronc vers l'extérieur hors du sacrum, au-dessus de la diaphyse fémorale elle-même. (Etudes cinématographiques.)

Ces inconvénients de la hanche mobile (attitudes vicieuses, crises douloureuses, abcès, antalgie) représentent précisément les indications de l'arthrodèse tardive dans la coxalgie. Ces indications sont des plus étendues (50 à 80 p. 100 de coxalgies guéries).

L'auteur décrit ensuite diverses voies d'abord, les divers procédés opératoires et conclut que sur 378 arthrodèses retrouvées, les arthrodèses intra-articulaires ou mixtes donnent environ 69 p. 100 de succès, alors que les arthrodèses extra-articulaires (309) atteignent le chiffre de 87 p. 100 de succès. Il semble que la consolidation réelle (disparition de l'antalgie) soit infiniment plus précoce dans toutes les arthrodèses pratiquées pour arthrites

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

autres que les arthrites tuberculeuses ; et que dans la coxalgie, la consolidation soit d'autant plus rapide que la coxalgie est moins récente. Enfin, il conseille l'emploi de greffons aussi nombreux et volumineux que possible tant au point de vue mécanique qu'en considération du rôle eutrophique joué par la présence même du greffon.

Nous répétons que si les indications de l'arthrodèse tardive sont évidentes, on ne peut encore se prononcer sur l'arthrodèse précoce, mais qu'il n'est pas impossible que l'emploi de cette dernière intervention ne puisse devenir un jour le principe du traitement d'avenir chez l'adulte ou chez le malade de l'hôpital. Il convient d'attendre, avant de se prononcer, la confirmation par les faits.

Suivent en outre des études sur les autres indications opératoires, le traitement physique et biologique, le traitement général et climatique, mais ce sont des considérations qui nous entraîneraient hors du cadre forcément restreint de cette analyse.

Rapport de MM. Yovtchitch, Stoyanovich et Vassitch (Belgrade).

Chargés d'un service de chirurgie infantile, nous nous occupons dans ce travail du traitement de la coxalgie et de ses séquelles, uniquement chez l'enfant. En examinant les observations des dix dernières années, nous avons pu relever que plus de 305 enfants, atteints de coxalgie, sont venus nous consulter.

Comme toujours, nous nous sommes efforcés de relever d'abord l'état général, d'autant plus qu'aucun traitement actuel n'est capable d'abréger l'évolution des foyers tuberculeux qui continuent leur cycle évolutif constant malgré notre traitement. En même temps, nous nous sommes occupés de l'état local pour éviter, enrayer et soigner les complications possibles.

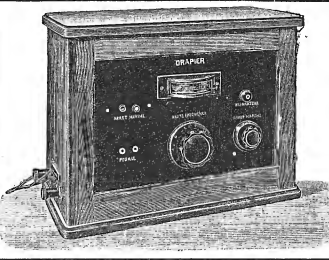
Pour relever l'état général, nous avons eu recours à l'aérothérapie et à l'héliothérapie complétées par une alimentation appropriée.

Nous ne nous étendrons pas sur l'aérothérapie et l'héliothérapie qui ont déjà fait leurs preuves. A part un petit nombre de nos malades ayant pu suivre la cure marine ou celle d'altitude, la majorité a dû se contenter de l'aérothérapie et de l'héliothérapie pratiquées à domicile.

Sans vouloir reprendre l'historique de l'héliothérapie, nous voudrions rendre hommage au chirurgien lyonnais Bonnet qui, en 1845, d'après les dires de M. Lange, de Munich, en a été le précurseur. Ses successeurs, Olliet et Poncet, l'ont appliquée ensuite méthodiquement aux mêmes affections.

Depuis, cette méthode thérapeutique a été très étudiée, en particulier par Rollier, qui la préconise surtout aux altitudes.

L'héliothérapie, pratiquée au bord de la mer, a aussi ses adeptes ; le traitement hélio-marin mixte est considéré comme traitement de choix pour les tuberculoses chirurgicales par MM. Andrieu, Ménard, Robin et Binet, Sorrel et nous-mêmes.


DRAPIER

## REVUE DES CONGRÈS (*Suite*)

La vraie solution nous paraît être trouvée en France, pays où se trouvent un grand nombre de sanatoriums marins. La plage de Berck nous paraît particulièrement indiquée pour le traitement des tuberculoses chirurgicales.

Le traitement local aura pour but d'immobiliser la hanche malade afin d'éviter l'ulcération compressive. Nous immobilisons nos malades soit par l'extension continue, soit par appareil plâtré. Nous nous servons de ces derniers surtout chez les malades indociles ou chez ceux difficiles à surveiller de près.

Dans les deux cas, nous gardons nos malades couchés jusqu'à la disparition complète de tout signe clinique révélateur de l'activité du foyer, et aussi longtemps que la radio ne nous montre pas le liséré de cicatrisation ou de condensation autour du cotyle et de la tête fémorale.

Dans le but de corriger les attitudes vicieuses, nous avons dû pratiquer 38 redressements et 12 ostéotomies ; trois fois, celles-ci ont été suivies d'arthrodèses.

Après ces opérations que nos malades ont très bien supportées, le membre est immobilisé en rectitude et légère flexion, et nous n'avons jamais éprouvé aucun ennui du côté de la plaie opératoire et du foyer coxalgique.

Cinq fois, nous avons pratiqué l'arthrodèse extra-articulaire ; il s'agissait, dans ces cas, de coxalgies guéries avec ankylose incomplète, restées douloureuses et présentant une tendance à la position vicieuse.

Dans nos arthrodèses, nous nous sommes servis surtout de l'incision de Smith-Petersen, modifiée par M. Mathieu. Tout de suite après le décollement des muscles, nous avons l'habitude de sectionner le grand trochanter. Ceci nous facilite ensuite la préparation du volet iliaque. La fixation de ce dernier entre le fémur et le grand trochanter sectionné a été toujours exécutée au moyen d'un fil de lin. Une fois celle-ci terminée, nous immobilisons le membre dans un grand appareil plâtré de coxalgie.

Notre première arthrodèse, faite il y a quatre ans, nous a donné toute satisfaction au point de vue de la solidité. La seconde, qui date de plus de dix mois, paraît aussi solide cliniquement et radiographiquement ; l'enfant marche sans fatigue et sans douleur. La troisième a été faite il y a plus de sept mois ; elle est aussi solide cliniquement et radiographiquement. L'enfant muni d'un appareil plâtré, qui s'arrête au-dessus du genou, est autorisé à marcher. Enfin la quatrième et la cinquième étant encore récentes (quatre mois et demi), il serait prématuré de nous prononcer dès à présent sur leur avenir.

Rapport de M. GRADOVEVITCH (Belgrade).

Il expose le traitement de la coxalgie de l'adulte te qu'il est actuellement pratiqué en Yougoslavie.

La plupart des malades adultes sont traités ambulatoirement dans les hôpitaux situés aux environs de leurs domiciles.

Dans les cas graves, l'immobilisation en décubitus horizontal est pratiquée pendant environ deux ans. Le membre

est immobilisé dans un grand plâtre prenant le pied et le bassin ; l'attitude est l'abduction et flexion légères.

Le traitement hélio-marin est pratiqué en Yougoslavie à l'hôpital maritime de Kraljevice, sur la côte dalmate, hôpital de 102 lits, spécialement organisé pour le traitement de la tuberculose ostéo-articulaire. Pendant les premiers mois, les douleurs et les attitudes vicieuses sont corrigées par l'extension continue. Si celle-ci échoue, on corrige l'attitude vicieuse sous anesthésie générale suivie d'applications du grand appareil plâtré. Cependant, Spisic ne pratique pas ce redressement en période aiguë, considère l'attitude vicieuse en quelque sorte comme favorable pour la guérison de l'affection, il laisse le malade guérir avec l'attitude vicieuse et pratique, une fois le foyer éteint, la correction par ostéotomie.

Le traitement est conservateur dans les cas bénins' interventionniste dans les cas graves. Les indications de l'intervention, en général, sont la fistulisation compliquée d'infection secondaire, la suppuration interminable épuisant les malades, les gros séquestres, l'état général mauvais et surtout les formes graves très aiguës, et enfin dans les cas où le traitement conservateur est resté sans succès. Le traitement des séquelles est dominé par les ostéotomies para-articulaires. Dans le cas de pseudarthrose intracotyloïdienne, l'arthrodèse extra-articulaire trouve son indication.

Rapport de MM. J. Jacobovici et Em. Nichita (Cluj).

Les auteurs exposent, dans leur travail, le traitement de la coxalgie tel qu'il est pratiqué en Roumanie, d'une part à la clinique chirurgicale de Cluj, d'autre part au sanatorium de Tékir-Ghiol.

En dix ans, de 1920 à 1930, 143 cas de coxalgies ont été soignés à la clinique chirurgicale de Cluj. A Tékir-Ghiol, pendant le même temps, on a soigné 153 coxalgiques. Il s'agit d'enfants et d'adultes, et le grand nombre de complications montre le stade avancé auquel arrivent à l'hôpital la plupart des malades.

Le traitement général des malades, à Tékir-Ghiol, présente une particularité. Le long du littoral roumain de la mer Noire existent deux grands lacs, celui de Sabolat et celui de Tékir-Ghiol. Ce sont des lacs salés, sur les bords desquels se dépose une boue.

On utilise l'eau du lac en bains chauds, dans lesquels on mélange une certaine quantité de boue. La boue peut aussi être employée directement comme complément du bain froid et du bain de soleil. L'emploi de ces boues donne parfois des résultats surprenants.

Les auteurs insistent aussi sur l'excellent effet thérapeutique de l'alternance des cures marines et de montagne (Cluj est à 400 mètres).

Les recherches faites à la clinique de Cluj montrent que dans la tuberculose osseuse, le calcium sanguin est diminué dans 31 p. 100 des cas. Ces malades ont été traités par des séries d'injections intraveineuses de chlorure de calcium, qui donnent des améliorations dans les cas au début, mais restent inefficaces dans les tuberculoses osseuses avancées.

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

En opposant les deux statistiques de Cluj et du sanatorium marin, les auteurs montrent, d'une part, les mauvais résultats obtenus par le traitement fait transitoirement sur des malades soignés à domicile et ne venant à la clinique que pour changer les appareils, et les excellents résultats (84 p. 100 de guérisons chez les malades non suppurés) obtenus dans un hôpital hélio-marin.

Les résultats s'amélioreraient encore considérablement si les malades étaient envoyés plus tôt, et non lorsqu'ils sont déjà fistulisés. La mortalité s'est en effet élevée à 23 p. 100 chez les fistuleux, alors qu'elle n'est que de 1,5 p. 100 pour les non suppurés.

Les auteurs exposent ensuite les méthodes d'immobilisation, le traitement des abcès et les indications des interventions chirurgicales. Ils donnent en particulier les observations de cinq cas d'arthrodèse extra-articulaire quatre pour des cas anciens qui ont parfaitement guéri une autre pour une coxalgique en évolution qui est devenue fistuleuse et a succombé deux mois après l'opération de tuberculose généralisée.

Ils concluent à la nécessité de traiter les coxalgies dans des sanatoria spécialement aménagés à la mer ou à la montagne.

Rapport de M. Delitala (Venise).

L'auteur fait un rapport sur le traitement de la coxalgie au Lido de Venise, dans l'ospedale al Mare, le solarium de Malamocco, et dans les établissements dans lesquels il est chirurgien consultant.

532 coxalgies ont été soignées en dix ans.

Pour lui, la base du traitement consiste dans l'association d'un traitement orthopédique strict avec l'héliothalassothérapie. L'immobilisation est indispensable et avec les appareils de celluloïd, l'héliothérapie est facile à pratiquer.

Le but à rechercher est la suppression des complications pendant le traitement, et une ankylose en bonne attitude comme terminaison. On ne peut pas prétendre, par l'héliothalassothérapie, obtenir un raccourcissement de l'affection, et une guérison avec conservation de mouvements.

De toutes les méthodes de chirurgie active, il ne retient que les opérations correctrices des séquelles; la meilleure est l'ostéotomie sous-trochantérienne, et dans des cas choisis pour les pseudarthroses, l'arthrodèse extra-articulaire.

## Discussion des rapports.

M. Clavelin (armée), chargé du service des tuberculoses osseuses à l'hôpital Percy, immobilise les coxalgiques dans l'appareil métallique à extension continue et suspension, avec point d'appui sur l'ischion du côté sain.

Il discute les indications de l'arthrodèse extra-articulaire chez l'adulte. Chez les malades en traitement, il a trouvé dans 40 p. 100 des cas des lésions pulmonaires ou des lésions osseuses multiples, ce qui, à cause du danger de généralisation, constitue une contre-indication.

Depuis 1928, il a soigné 58 coxalgies, avec 8 morts (foyers multiples) ; sur 25 malades guéris depuis plus d'un an, on a observé 3 récidives, 17 hanches solides, dont 7 ankyloses osseuses, 5 présentaient des mouvements e des douleurs; on a pratiqué avec succès l'arthrodèse extra-articulaire.

MM. Ed. Delcroix, de Haene et Berckmans (Ostende) insistent sur les difficultés du diagnostic (fausses coxalgies) ; 40 p. 100 des malades envoyés au sanatorium pour coxalgie présentent d'autres lésions de la hanche,

Le traitement général domine tout le traitement. Son efficacité peut être contrôlée au moyen de la mesure du débit respiratoire au moyen du masque de Pech. On peut, avec cette méthode, dépister les contre-indications au traitement hélio-marin.

Le traitement local consiste en maintien d'une immobilisation en attitude favorable. Les auteurs emploient l'appareil plâtré, avec redressement des positions vicieuses sous anesthésie s'il est utile.

La guérison est obtenue en deux ans. Il est nécessaire de porter un celluloïde pendant un an ou deux.

Pour les séquelles, le traitement suivant a été appliqué :

1° Coxalgies guéries avec attitude vicieuse : ostéotomie sous-trochantérienne ;

2° Coxalgies guéries avec luxation iliaque : ostéotomie;

3° Pseudarthrose extracotyloïdienne : arthrodèse extra-articulaire.

Les auteurs concluent que le traitement de la coxalgie en milieu marin, associé à un traitement local approprié, a transformé le pronostic de l'affection, réduisant la mortalité de 25 à 6 p. 100.

M. Vignard (Lyon) vient apporter des résultats éloignés des opérations d'évidement suivi de plombage, dans les coxalgies, à la période d'activité du foyer. Sur 200 coxalgiques, il en a opéré 67 en pleine poussée évolutive, ou dans des cas graves où la nécessité d'une résection pouvait se poser. Il y a eu, soit dans les premiers mois, soit tardivement, 15 morts, soit 23 p. 100.

Dans 24 cas, il est intervenu tardivement : tantôt il a observé un tassement secondaire de la tête avec un raccourcissement de 3 à 5 centimètres, soit avec une ankylose, soit une conservation des mouvements ; enfin, dans 7 cas, il s'est produit une luxation secondaire avec hanche ballante.

Les seuls bons résultats (8 cas), avec conservation de longueur du membre, mobilité articulaire et bonne fonction, ont été obtenus dans des ostéites localisées, discrètes avant que l'envahissement articulaire soit complet.

MM. Climesco et Af. Ianas (Roumanie) exposent le traitement de la coxalgie au sanatorium Carmen Sylva, près de Constanza. Ils insistent sur l'action bienfaisante de l'héliothérapie sur la teneur en hémoglobine et calcium du sang. La cure de bains de soleil ne doit pas être continue, mais interrompue de temps de temps pour donner une nouvelle excitation à l'organisme. La gymnastique respiratoire doit être pratiquée par le malade couché.

Ils ont été amenés cinq fois à pratiquer l'arthrodèse extra-articulaire pour des cas restés mobiles et douloureux ; dans un cas, il y a eu rupture de greffon, et une autre fois, ouverture d'un abcès froid et élimination du greffon.

MM. Nové-Josserand, Bérard et Pouzet (Lyon) apportent la statistique des résultats éloignés des malades traités dans la clinique chirurgicale infantile de 1910 à

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

1930. Ils sont au nombre de 180. De 1910 à 1920, les malades étaient soignés en ville ou remportés au loin à la campagne. Sur 107 malades il y a eu 18 morts (17 p. 100); 35 malades ont été retrouvés, 25 examinés, 2 n'étaient pas encore guéris, 23 guéris dont 9 plus ou moins mobiles (4 stables, 5 boiteries). Les autres étaient ankylosés, 3 en bonne position, 11 en position vicieuse.

Il y a donc eu chez ces enfants mal soignés une mortalité élevée et un grand nombre d'ankyloses.

De 1920 à 1930, les malades ont été soignés dans des hôpitaux suburbains puis à l'hôpital maritime de Giens. Les résultats sont bien supérieurs. Sur 73 cas, 5 morts (6,8 p. 100). 37 malades ont été revus : 4 *restitutio ad integrum*, 13 hanches mobiles et instables, dont plusieurs ont été arthrodisées, 1 luxation iliaque, 3 encore fistuleux, 2 ankyloses seulement.

L'action de la cure hélio-marine sur l'amélioration de la statistique n'est pas douteuse.

M. H.-L. Rocher (Bordeaux) s'élève contre l'anathème jeté contre un des rapporteurs sur l'emploi du grand plâtre pelvi-pédieux. Son emploi est indispensable pour les enfants soignés dans les consultations et remportés chez eux parfois au loin.

Il ne se considère pas comme interventionniste pour avoir opéré 4 fois des coxalgies en activité sur 200 cas observés. Il s'agissait dans ces cas de très jeunes enfants chez lesquels la coxalgie laisse des séquelles énormes. L'opération précoce a permis d'obtenir la guérison.

MM. Calot et Fouchet (Berck) apportent le résultat de 41 années de pratique à Berck. Elle se résume en l'emploi de méthodes absolument conservatrices : traitement général, immobilisation par le grand plâtre, l'extension continue ou l'association des deux, les injections modificatrices intra-articulaires. La seule opération admise par les auteurs dans le traitement de la coxalgie est l'ostéotomie sous-trochantérienne correctrice.

## Communications particulières.

M. Ugo-Camera (Milan). — Chez un homme de trente ans présentant une coxalgie très douloureuse il pratique une résection économique ne supprimant que la tête fémorale. Le malade a été vingt-quatre mois en extension continue et a guéri avec une reconstitution de la tête fémorale, pas de raccourcissement, des mouvements étendus.

M. Félix Bérard Lyon). — Dans une série de projections l'auteur montre les voies d'abord de la hanche pour la pratique de l'arthrodèse dans la coxalgie. Il montre d'après 39 cas opérés à Lyon les différentes indications de l'opération.

Il projette ensuite un film cinématographique résumant l'histoire de l'arthrodèse de la hanche dans la coxalgie : indications, technique, résultats. Enfin il présente une malade opérée.

MM. Sorrel et Delahaye (Berck) résument les indications de l'arthrodèse de la hanche dans la coxalgie et projettent un film cinématographique montrant la technique de l'opération.

M. Coureaud (marine). — Dans la tuberculose osseuse il ne faut opérer qu'à la phase de réparation. Il est très difficile de savoir l'âge de la lésion. La méthode de la séro-inoculation de Vernes permet de l'indiquer à coup sûr. Employée par l'auteur depuis 1926, elle lui a permis de préciser que le taux, qui est à 50 chez les malades en évolution, tombe à 10 chez les malades en période de réparation. Si une ascension nouvelle se produit, il faut craindre une rechute ou une autre maladie et ne pas opérer. Après l'opération, il y a une ascension, mais seulement passagère.

M. Decreton (Paris-Plage) expose les avantages climatiques du Touquet, qui possède, outre le climat marin, une forêt de pins, une source diurétique et une vaste piscine d'eau de mer chaude.

M. Nedelkoff (Bulgarie) expose les résultats obtenus par le traitement hélio-marin au sanatorium maritime près de Varna.

## Résolution et vœux.

A la séance de clôture du Congrès qui était présidée par M. Gérard, sous-secrétaire d'Etat au Tourisme, ont été votés la résolution et les vœux suivants.

I. **Résolution**. — Le VI[e] Congrès international de thalassothérapie enregistre avec satisfaction les résultats qui ont été obtenus, grâce au diagnostic plus précoce de la tuberculose infantile, et qui ont abouti :

1. A une diminution du nombre des malades ;
2. A une atténuation de la gravité de leur affection.

II. **Vœux**. — Le VI[e] Congrès international de thalassothérapie émet les vœux suivants :

*A*. Que les convalescents soient surveillés le plus longtemps possible dans la station où ils ont été soignés ;

*B*. Que des centres d'apprentissage et de rééducation soient organisés dans les stations de cure marine ;

*C*. Que des organisations semblables à celle qui actuellement se développe à Paris sous les auspices du Service social des hôpitaux sous le nom de « Retour de cure » soient généralisées pour tous les malades traités dans les hôpitaux marins ;

*D*. Que les malades guéris dans une station marine y trouvent toutes facilités pour s'y fixer et y exercer une profession.

Le prochain Congrès international de thalassothérapie se tiendra en 1934 à Palerme.

La question mise à l'étude est : *l'Action physiologique de la cure marine sur le système lymphatique, et son action curatrice sur les tuberculoses ganglionnaires.*

***

Nous ne pouvons terminer ce compte rendu sans rendre hommage à la parfaite organisation du Congrès, à l'accueil fait par la municipalité de Berck dans un banquet et une soirée offerts au grand Casino de Berck, le 26 mai.

Le 27 mai, les Congressistes, après avoir été assister à l'inauguration de la splendide piscine d'eau de mer chaude construite sur la plage du Touquet, furent les hôtes, dans le cadre somptueux de l'hôtel Picardy et du Casino du Touquet, de la municipalité de Paris-Plage-le Touquet.

Enfin, le 28 mai, le voyage se termina, pieusement, comme il convenait, par une visite des champs de bataille voisins : la crête de Vimy, Notre-Dame-de-Lorette — où reposent le long d'immenses avenues les « croix de bois » de toutes les nations alliées.

M. Lance.

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

## XIes JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES

*20-24 juin 1931.*

### La Conférence de M. Abrami.

Nous sommes heureux de pouvoir donner ici un important extrait de la conférence faite par M. Abrami sur *la Vertu de l'ignorance.*

« ... Il m'est arrivé une aventure singulière que je dois vous conter en détail... Puisque j'allais, à mon tour, tenir le rôle magique du conférencier, il me fallait un sujet dont la grandeur et la noblesse trouvassent écho dans l'esprit de chacun de mes auditeurs.. Quel plus émouvant qu'un exposé de la science médicale?

Il y a quelques jours, ma conférence était terminée. J'en polissais avec complaisance les derniers angles. C'est alors que la catastrophe se produisit.

Un ami que j'avais prié de me servir d'auditeur (ce n'est pas un médecin, mais rien ne lui est étranger, des choses qui nous occupent), m'écouta silencieux. Et comme je terminais; attendant un éloge :

« Bienheureuse et féconde ignorance ! s'écria-t-il... Vous vous méprenez complètement et votre conférence est le fruit d'une illusion pernicieuse. Rien n'est plus dangereux, parfois, que le savoir, et l'ignorance, à tout prendre, ne mérite pas votre dédain.

Le spectacle qu'offre la médecine, ces dernières années, vous apparaît admirable, parce qu'il est tout embaumé du parfum des laboratoires... Avez-vous bien songé, mon ami, à toutes les conséquences d'un pareil état de choses, où vous vous plaisez à voir la marque du progrès et où je n'aperçois, pour ma part, qu'un affreux dévergondage du savoir?

Êtes-vous d'abord certain de posséder encore une pensée qui vous soit personnelle? Tant que le médecin ne tirait son opinion que de son expérience clinique appuyée de quelques bonnes et saines mesures, nous pouvions en appeler de son jugement. Devant quel tribunal porter les arrêts du laboratoire?

Croyez-moi, l'événement est grave. Car, soutenu par l'autorité de la science, tout armé d'instruments, tout bardé de mesures, tout rembourré de chiffres, et, par surcroît, le chef empli de théories non moins scientifiques, le médecin n'a plus le droit de se tromper.

Tous ces dosages savants dont vous ne sauriez, n'est-il pas vrai, vous passer pour établir votre diagnostic, ces déterminations dans les humeurs, du chlore, du sodium, du potassium, du calcium, du phosphore, de la créatinine, de l'acide urique, de l'acide oxalique, du cholestérol, des lipides et des protides et des glucides ; et toutes ces admirables méthodes d'hématologie, de sérologie, de radiographie, d'électro-cardiographie, tout cela échappe, la plupart du temps, à votre contrôle effectif. A chaque examen nouveau peut se glisser une nouvelle erreur.

Un jour je fis prendre ma pression artérielle et le poison du doute a pénétré dans ma vie. Hanté par l'œil cyclopéen de votre sphygmomanomètre, j'oscille entre la terreur de la syncope et celle de l'hémorragie cérébrale... d'autant plus désemparé qu'hypo ou hypertendu, je n'ai pas grand recours à attendre de votre science !

Encore, si nous étions les seuls à pâtir. Mais vous aussi, vous êtes victimes de votre savoir... Vous savez beaucoup trop de choses pour pouvoir encore imaginer la vérité. Votre science vous a mis des œillères.

C'est la rançon des grandes découvertes : éblouis par leur magnificence, nous ne voyons plus que par elles. De même qu'un phare, en même temps qu'il met en pleine lumière la route qu'il domine, épaissit pour nos yeux les ténèbres d'alentour, de même il y a dans toute science, un dangereux pouvoir d'aveuglement.

Telle l'épopée pastorienne ! Et pourtant, la connaissance du microbe ne donne pas toute la solution du mystère. La bactériologie semble avoir isolé l'organisme humain du reste de l'univers ; elle a fait méconnaître dans l'harmonieuse et innombrable complexité de l'enchaînement des causes, tout ce qui revient au *Cosmos* dans la genèse des maladies, et que pressentent ceux qui ne savent pas.

Un jour, demain peut-être, ce problème sera abordé et résolu, comme le seront les problèmes de l'immunité et de la guérison spontanée des maladies. Et soyez-en bien persuadé, ce n'est pas comme vous le faites depuis un demi-siècle, en tournant dans la ronde des anticorps, que vous trouverez la réponse à ces grandes questions. Ici encore, trop de théories, trop de systèmes, trop de dogmes obscurcissent votre esprit et l'empêchent d'apercevoir la vérité. Ils exercent sur votre imagination une emprise d'autant plus dangereuse qu'ils émanent des laboratoires et empruntent à l'appareil scientifique leur souveraine autorité.

Mystique de la science, cent fois plus pernicieuse que l'innocente ignorance ! Savoir, arme merveilleuse et redoutable, qui illumine d'extase celui que tu frappes et lui inocule en même temps le poison de l'erreur !

Lequel d'entre vous, devant les ouvrages du génie humain, n'a fait le rêve de retrouver pour une fois la pureté, l'ingénuité, la plénitude des impressions que lui apporta leur révélation première? Qui n'a souhaité revivre, en face de l'univers, les temps bienheureux de l'enfance, quand chaque regard, en se posant sur le monde, offrait à notre ignorance curieuse une découverte nouvelle?

Ignorance, il faut te rendre la justice qui t'est due, car c'est toi, en vérité, qui fais la science ! Tu es l'aiguillon divin de notre curiosité, nous ne travaillons que pour te vaincre, et sans toi, nous ne ferions rien. Plus on sait, a dit Socrate, et plus on veut savoir, car, plus on sait, plus on s'aperçoit qu'on ne sait rien ! »

### L'Œuvre de Widal exposée par ses élèves.

Les Journées médicales de Bruxelles de juin 1931 resteront pour l'École du professeur Fernand Widal un souvenir inoubliable. Les organisateurs de ces Journées ont eu en effet la touchante pensée de les consacrer à la mémoire de ce maître et d'inviter ses amis et ses élèves à y prendre la parole. Beaucoup d'entre eux ont pu répondre à cet appel et ont eu, pendant quelques jours, la sensation de se trouver une fois de plus groupés, comme jadis à l'hôpital Cochin lors de la première leçon clinique annuelle. La présence au milieu d'eux de Mme Fernand Widal et de M. Pierre Widal a ajouté à cette réunion quelque chose de plus intime encore et de plus familial. D'autre part, les efforts de nos amis belges pour donner

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

à leur Congrès le plus grand éclat possible et pour témoigner à leurs hôtes français une sympathie dont ils restent profondément émus ont été couronnés d'un plein succès.

Dans le cadre admirable de la nouvelle Université de Bruxelles (1) ils ont trouvé un auditoire nombreux et attentif ; praticiens et membres du corps enseignant ont manifesté hautement l'intérêt qu'ils ont pris à entendre les collaborateurs du maître disparu. Le président du Conseil des ministres, au nom du Gouvernement belge, les a entourés d'attentions particulièrement flatteuses. Sa Majesté la reine des Belges, dans l'entretien qu'elle leur a gracieusement accordé, à l'issue de la séance solennelle d'inauguration qu'elle a tenu à honorer de sa présence, leur a montré qu'elle n'ignorait rien de la place qu'a occupée Fernand Widal dans la médecine contemporaine.

Les élèves du grand clinicien de l'hôpital Cochin se sont attachés, dans leurs Conférences, à préciser la physionomie de son œuvre scientifique. Ils ont souligné que ce qui fait la solidité de cette œuvre, c'est qu'elle est tout entière constituée de faits positifs établis grâce à des méthodes d'observation impeccables. Ils ont montré avec quel scrupule Widal s'est toujours refusé à tirer de ces faits inattaquables, et que tous peuvent vérifier, des déductions outrancières, à échafauder sur eux des théories non ratifiées par l'expérience ; et que telle est la raison pour laquelle la connaissance des notions dont il a enrichi la médecine est devenue indispensable à ceux qui exercent cet art, aussi bien qu'elles ont servi de point de départ aux recherches qui se poursuivent aujourd'hui sur la plupart des terrains de la clinique.

C'est à M. Abrami qu'est échue la tâche délicate d'intéresser, pendant la séance inaugurale, un auditoire très nombreux et très diversement composé. Au cours de sa causerie sur la « Vertu de l'ignorance », dont nous publions plus haut un important extrait, il a raillé, avec une verve éclatante, la tendance de certains médecins, tendance qui s'est malheureusement infiltrée dans le public, à accorder une confiance trop absolue à l'exactitude et à la portée de certains procédés de laboratoire et de certaines méthodes d'investigation dont la signification n'est que relative et qui ne valent que si on sait en interpréter les résultats avec une infinie prudence. Il a montré des hypothèses non vérifiées qui deviennent trop facilement des dogmes propres surtout à aveugler les observateurs. Derrière cet exposé d'un scepticisme affecté, mais profondément instructif, nous avons maintes fois retrouvé quelques-unes des pensées chères à Widal, qui se plaisait à proclamer les droits imprescriptibles de la clinique, le laboratoire ne devant intervenir que pour éclairer les points laissés obscurs par une étude somatique et psychologique du malade aussi fouillée que possible.

(1) Les séances de travail ont eu lieu dans le nouveau palais de l'Université libre de Bruxelles inaugurée l'an dernier dans le beau quartier neuf qui s'élève à l'orée du Bois de la Cambre.

On sait que ce palais, dû à la générosité de bienfaiteurs américains et belges, a remplacé les installations successives de l'Université libre qui, depuis 1834, date de sa fondation par Théodore Verhaegen,, siégea tour à tour à l'ancienne Cour. place du Musée, puis au palais Granvelle, et enfin rue des Sols.

L'Université comprend les facultés traditionnelles : Philosophie et Lettres, Droit, Sciences et Médecine.

La nouvelle Faculté de médecine est située boulevard de Waterloo.

Le professeur Bezançon avait retracé dans son beau discours de la séance inaugurale l'ensemble de l'œuvre de Fernand Widal, en insistant surtout sur les travaux consacrés au bacille d'Eberth, à l'immunisation expérimentale contre ce microbe, aux infections streptococciques et enfin au sérodiagnostic de la fièvre typhoïde, couronnement de toute une série de recherches grâce auxquelles la bactériologie a définitivement pris pied dans la médecine et est devenue l'auxiliaire précieuse de la clinique journalière.

M. Ravaut a d'abord évoqué les heures où, de sa collaboration avec Widal, est né le cytodiagnostic. Il a raconté comment, après les premiers tâtonnements indispensables à l'établissement d'une bonne technique, tous deux ont vu soudain, et de la façon la plus claire, se dégager les formules cytologiques des différentes variétés de pleurésies, puis ultérieurement, avec Sicard, celles du liquide céphalo-rachidien dont la connaissance allait orienter la neurologie dans une direction nouvelle.

Une série de conférences ont été ensuite consacrées à la pathologie rénale. M. Abrami a fait connaître ses recherches encore inédites qui ébranlent le fragile édifice de la néphrose lipoïdique, mais apportent une confirmation à l'opinion de Widal sur la rétention rénale du chlorure de sodium au cours de certaines néphrites.

Le professeur Merklen, dans une étude critique extrêmement documentée, a précisé la signification des hypochlorémies survenant chez certains brightiques et des résultats fournis par la thérapeutique rechlorurante.

Le professeur Lemierre, après avoir rappelé les expériences grâce auxquelles Widal a démontré le rôle du chlorure de sodium dans la pathogénie des œdèmes, a passé en revue les circonstances où le régime déchloruré se montre particulièrement efficace et celles où il risque d'être tenu en échec. Il a affirmé que ce régime, utilisé avec discernement et aidé au besoin par d'autres thérapeutiques, est un des plus grands bienfaits dont aient été dotés les brightiques.

M. Pasteur Vallery-Radot, à propos des néphrites azotémiques dont il a dépeint les aspects cliniques, a pu conclure que de tous les procédés proposés depuis vingt ans pour diagnostiquer la rétention des déchets azotés dans l'organisme et en mesurer l'étendue, le dosage de l'urée sanguine, préconisé par Widal, est le seul qui subsiste dans la pratique et qui, utilisé suivant des règles bien définies, fournit les meilleurs éléments de pronostic des néphrites chroniques. Enfin, le professeur Ambard a donné à son auditoire la primeur de ses recherches récentes et particulièrement curieuses sur le métabolisme azoté chez l'homme, recherches fondées sur l'étude du taux de l'urée plasmatique et du débit urinaire de cette substance.

La question des ictères hémolytiques, envisagés au point de vue de leur symptomatologie, de leur diagnostic, de leur étiologie et de leur traitement, question à laquelle se rattache le problème si intéressant de la biligénie extra-hépatique, a servi de thème à une leçon de M. Brulé, qui a été tout spécialement appréciée.

M. Joltrain, puis M. de Gennes, qui avaient choisi comme sujet, le premier : « De l'anaphylaxie à l'idiosyncrasie », le second : « L'anaphylaxie dans l'asthme », ont initié leur auditoire aux idées qui ont dirigé le professeur Widal au cours des travaux qu'il a poursuivis pen-

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

dant la dernière période de son existence. Ils ont désigné les faits qui peuvent être considérés comme acquis grâce à l'observation et à l'expérimentation cliniques : ils ont montré avec quelle prudence leur maître a exploré un terrain plein de mystères et d'embûches, où les investigations donnent souvent des résultats contradictoires et décevants ; avec quelle patience il s'est ingénié à débrouiller l'écheveau des faits les plus complexes; enfin, comment il a pu arriver à faire la part de ce qui revient d'une part au terrain, d'autre part aux influences venues de l'extérieur, et créer le terme autant que la notion de la diathèse colloïdoclasique.

En quelques heures, ceux qui ont assisté à cette série de conférences ont pu voir se dérouler devant eux l'œuvre presque entière de Widal et en saisir, fortement mis en lumière, les points les plus saillants, ceux qu'il n'est permis à aucun médecin d'ignorer.

Quant aux élèves du grand clinicien français, les Journées médicales de Bruxelles les ont une fois de plus confirmés dans le sentiment de leur solidarité. En parlant et en écoutant parler leurs amis, ils ont revécu les jours d'autrefois, où, pleins de jeunesse et d'enthousiasme, ils travaillaient aux côtés de leur maître. C'est pourquoi ils demeurent profondément reconnaissants à leurs amis belges des belles journées qu'ils viennent de passer en communion avec eux dans le culte de sa mémoire.

## Autour des journées.

**Les séances de travail.** — Les séances de travail ont été comme de coutume extrêmement nombreuses. Outre les conférences consacrées à l'œuvre de Widal dont nous parlons plus haut, on a pu entendre un grand nombre de causeries ou de communications. Citons, en particulier, les conférences de M. L. Bertrand (d'Anvers) : Sur l'étiologie des cardiopathies évolutives ; de M. Henri Lagrange (de Paris) : Sur les altérations de la fonction visuelle au cours du mal de Bright ; de M. Ernest Desmarest (de Paris) : Sur l'anesthésie générale au protoxyde d'azote et à l'avertine ; de M. Gérard Maurel (de Paris) : Sur la lithiase de la glande sous-maxillaire et du canal de Wharton ; de M. Paul Boever (de Namur) : Sur les appareillages pour fractures et sur l'ostéo-synthèse automatique ; de M. P. Lecomte du Nouy (de l'Institut Pasteur) : Sur les problèmes fondamentaux de la vie et la valeur des méthodes ; du professeur Henri Frédéricq (de Liége) : Sur les métachronoses ou changements physiologiques de la chronaxie ; du professeur Lucien Brouha (de Liége) : Sur les facteurs endocriniens de la vie sexuelle ; du professeur Victor Péchère (de Bruxelles) : Sur les vitamines et l'avitaminose.

Au cours des Journées se sont également réunis : le Comité national contre le charlatanisme, sous la présidence de M. Brandligt (d'Anvers) ; la Ligue belge contre le rhumatisme, sous la présidence d'honneur du professeur René Verhoogen et la présidence du professeur de Nobele ; la Société belge de gastro-entérologie où l'on entendit des communications du professeur F. de Beule (de Gand) et du Dr Trémolières (de Paris). Ce furent encore les réunions de la Société belge de médecine et de chirurgie des accidents du travail et des maladies professionnelles présidée par le Dr Descamps et de la Société belge de médecine préventive et d'eugénique.

Il nous faudrait aussi parler des matinées consacrées aux visites hospitalières, au bel hôpital Brugmann à Saint-Jean, à la fondation Lambert, dirigée par notre excellent confrère Weymeersch, à l'Institut médico-chirurgical de Léopold Mayer où le professeur Lambret (de Lille) fit une démonstration de son procédé de la suspension et du coulissage de la grande courbure. Limités par la place, nous nous excusons d'être obligés d'abréger.

**L'exposition.** — Comme de coutume, une exposition d'un très haut intérêt avait été organisée par M. Lépine, et nos laboratoires de France montraient une fois de plus leur suprématie. Je renonce à les citer tous.

Du côté belge, il faut signaler le très intéressante voiture dispensaire établie suivant les données de la Société belge de médecine préventive et d'eugénique. Sa description nous mènerait trop loin. Félicitons les Établissements Armand de Geyndt qui l'ont établie et remercions notre éminent confrère Huysmans qui nous l'a fait connaître.

**Les réceptions.** — Suivant les traditions fastueuses de l'hospitalité belge, les adhérents des Journées ont été tour à tour les hôtes de leurs confrères de Bruxelles cependant que se déroulaient les fêtes habituelles.

Ce fut d'abord le beau concert de musique ancienne du Palais des Beaux-Arts où nous avons eu le rare plaisir d'applaudir Mme Despy et M. Alain. Ce concert fut suivi d'une très brillante soirée dansante.

Puis le dimanche soir la représentation de gala du théâtre royal de la Monnaie, honorée de la présence de LL. AA. RR. le duc et la duchesse de Brabant et de S. A. R. la princesse Ingrid de Suède.

*Le Roi malgré lui*, de Chabrier, remporta un très grand succès.

Le banquet, en l'honneur des délégués des gouvernements étrangers, eut lieu le lundi soir dans le beau restaurant délicieusement aéré du Bon Marché. Il réunissait près de 200 convives et était présidé par le premier ministre, M. Renkin.

A la table d'honneur, M. Dens, ministre de la Défense nationale, M. Cocq, ministre de la Justice, M. Carton de Wiart, ministre d'État, Mme Widal et son fils, enfin tout le corps diplomatique où nous voyons malheureusement pour la dernière fois l'éminent ambassadeur de France, S. E. le comte de Peretti de la Rocca, qui quitte Bruxelles.

Après le toast aux Souverains belges et aux chefs d'Etat étrangers, porté par le premier ministre, M. le professeur Ley, parfait président des Journées, se fit l'interprète des organisateurs pour saluer une dernière fois ses invités ; puis M. le recteur Smets parla au nom de l'Université ; M. le professeur W. M. Scott, délégué de la Grande-Bretagne, au nom des délégués étrangers ; S. E. le Dr Castillo Najera, ministre du Mexique à La Haye, prit la parole au nom de l'Amérique latine, et le Dr François Le Sourd, président honoraire de l'Association de la Presse médicale française, au nom de la presse médicale représentée aux Journées.

Il nous faudrait encore citer les réceptions offertes aux dames, visites de musée, courses à Boitefort, thés à l'Université et à la Maison des étudiants...

Qu'il nous soit permis, en terminant, d'adresser encore au Comité d'organisation des Journées, au président M. Ley, aux trois amis inséparables Mayer, Beckers et Bernard, à leurs collègues, MM. Max Cheval, Albert Go-

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

vaerts, Jacques Rosenthal et Eugène Tant, l'expression de notre gratitude bien vive pour l'amitié qu'ils n'ont cessé de nous montrer.

### La journée Henrijean à Spa.

Amenés à Spa par un confortable train spécial, les invités débarquèrent à la gare de marchandises où se trouve l'embouteillage et furent reçus par la direction de Spa Monopole, M. le professeur Henrijean et les aimables confrères de Spa, MM. Schaltin, Guilleaume, Sury, Wybauw père et fils, Delneuville, Declairfayt, Gaspar, Wary, Griguard, Laurent et Molhau.

Après la visite du bel embouteillage automatique qui peut fournir 350 000 bouteilles en vingt-quatre heures, on se rendit à l'établissement thermal où eut lieu l'inauguration du laboratoire de recherches biologiques, créé par le professeur Henrijean.

Successivement, MM. Schaltin, les professeurs de Beco, Ley, Marcel Labbé exprimèrent au professeur Henrijean leur admiration pour ses beaux travaux, en particulier ceux sur la physiologie du cœur ; ils lui dirent le respect et l'affection qu'inspire son noble caractère, et louèrent son courage patriotique pendant les heures sombres et son constant labeur.

M. Henrijean remercia ses amis et exposa le but généreux de l'Institut de recherches qu'il vient de fonder avec le concours de Spa, et qui sera largement ouvert à tous les travailleurs.

Après la visite du laboratoire et des belles installations de l'établissement thermal, un grand déjeuner eut lieu au Palace, sous la présidence de M. Henrijean, assisté du premier échevin de Spa, du gouverneur de Liége, du glorieux soldat belge le lieutenant-général Bertrand, et de tous les confrères de Spa.

Des toats furent portés au dessert par le professeur Ley, président des Journées, par le Dr Forman, délégué du Luxembourg, par le Dr Schaltin, et enfin par notre ami Joltrain au nom des élèves de Widal.

La journée se termina par une belle promenade en auto sur les hautes Fagnes et à Malmédy, et après une nouvelle réception au Casino on reprit le chemin du retour.

Pourquoi faut-il que cette Journée joyeuse se soit terminée dans la tristesse, le lieutenant-général Bertrand ayant succombé subitement dans la soirée?

Que nos amis belges veuillent bien recevoir dans leur peine l'expression de l'affection profonde de leurs confrères de France.

A. L. et F. L. S.

---

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

*Séance du 2 juillet 1931* (suite).

**Hémialgies paroxystiques et troubles sympathiques d'origine encéphalitique probable.** — MM. P. Léchelle, A. Thévenard et Douady présentent un malade de cinquante ans qui, à la suite de crises douloureuses limitées à l'hémithorax et aux membres droits survenues il y a cinq mois, souffre encore d'algies dans le même territoire. Les réflexes tendineux sont abolis au membre inférieur droit, et il existe de gros troubles vasomoteurs et sudoraux dans tout le territoire des algies. En l'absence de toute cause précise d'intoxication et de tout symptôme biologique d'une infection bien déterminée, et aussi en raison de l'exagération des réflexes de posture et de la perte des mouvements automatiques, l'hypothèse d'une infection encéphalitique à localisation médullo-radiculaire prédominante paraît vraisemblable.

**Aspects successifs de maladie de Friedreich et d'hérédo-ataxie cérébelleuse chez le même malade. Les réflexes tendineux dans la maladie de Friedreich.** — MM. E. Krebs et P. Mollaret présentent une malade atteinte de maladie de Friedreich depuis l'âge de vingt-deux ans, et chez laquelle les réflexes tendineux réapparaissent vingt ans plus tard. L'existence d'une paraplégie nette, l'accentuation des réflexes de défense permettent de rattacher ce phénomène à une sclérose pyramidale importante, qui l'emporte sur les lésions radiculo-cordonales postérieures. Une telle évolution constitue un argument majeur contre la doctrine dualiste de P. Marie, et prouve que la maladie de Friedreich et l'hérédo-ataxie cérébelleuse ne constituent que deux aspects voisins d'une même maladie.

M. J. Lhermitte rappelle que Raymond, Dejerine ont toujours soutenu cette opinion. M. Souques a rapporté, avec M. Pasteur Vallery Radot, un cas de maladie de Freidreich qui a évolué vers la contracture.

**Signe de Babinski intermittent, commandé par le rythme de respirations périodiques.** — M. Monier-Vinard rapporte deux observations de malades, chez lesquels des respirations périodiques apparentées à la respiration de Cheynes-Stokes s'accompagnaient de réponses variables du réflexe plantaire : réflexe en flexion pendant les respirations simples, réflexe en extension pendant les respirations superficielles.

MM. Monier-Vinard, Lhermitte, André-Thomas discutent la pathogénie du phénomène.

**Tumeurs temporo-occipitales, dont un épendymome du ventricule latéral, opérées et guéries.** — MM. de Martel J. Guillaume et A. Jentzer présentent deux malades dont les observations montrent une fois de plus la valeur localisatrice des altérations du champ visuel (hémianopsies ou rétrécissements hémianopsiques latéraux homonymes) dans les tumeurs temporales et occipitales. Chez une de leurs malades, âgée de dix ans, il s'agissait d'un épendymome du ventricule latéral gauche, qui avait pénétré dans le pôle occipital, déterminant une alexie pure avec hémianopsie latérale homonyme droite, bien limitée par la verticale, avec conservation du champ maculaire.

A l'intervention, après ouverture du ventricule latéral, les auteurs ont extirpé la tumeur qui était extrêmement volumineuse, et qui comblait le prolongement sphénoïdal du ventricule et le carrefour ventriculaire.

Ces malades n'ont fait aucune complication post-opératoire, un drain, placé dans le ventricule latéral,

ayant permis l'écoulement du liquide céphalo-rachidien.

Ces cas illustrent les avantages du drainage post-opératoire, que les auteurs emploient maintenant systématiquement. Ils évitent ainsi l'hypertension post-opératoire et les hyperthermies qui en résultent.

**Ablation presque totale d'un volumineux neurinome du nerf auditif.** — MM. DE MARTEL, J. GUILLAUME et A. JENTZER présentent une malade âgée de quarante-huit ans, qui était atteinte d'une volumineuse tumeur de l'angle ponto-cérébelleux droit (neurinome de l'acoustique).

Du point de vue chirurgical, on se borne généralement, dans ces cas, étant données la situation de la lésion et ses relations vasculaires avec la région bulbo-protubérantielle, au curettage de la tumeur.

Grâce à une instrumentation nouvelle, le morcellement de la lésion a permis son ablation presque totale.

**Etudes sur l'olive inférieure chez les vertébrés.** — M. MUSKENS (d'Amsterdam) fait un exposé, illustré de nombreuses projections, de ses travaux anatomiques, expérimentaux et anatomo-cliniques sur l'olive inférieure chez les diverses espèces de vertébrés. Il met en valeur les relations des trois groupes cellulaires de l'olive avec les réactions posturales, et leurs connexions avec le putamen, avec le noyau caudé, et avec les centres oculo-moteurs.

**Un cas de gliose médullaire angélo-hypertrophique.** — M. LHERMITTE présente un malade qui, à la suite d'une attaque de dengue, présenta une paraplégie spasmodique avec dissociation syringomyélique, et hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien. L'épreuve du lipiodol montrait un arrêt de l'huile iodée, en grains dispersés, dans la région cervico-dorsale. Une laminectomie exploratrice montra de volumineuses varicosités à la face postérieure de la moelle, sans tumeur. L'intervention fut suivie d'une aggravation de la paraplégie, et le malade mourut trois semaines plus tard.

L'autopsie montra que, dans toute la moelle, les vaisseaux étaient abondants, flexueux et dilatés, en voie de transformation fibro-hyaline plus ou moins avancée et souvent imperméables. En outre, les fibres nerveuses étaient raréfiées et il y avait une prolifération névroglique intense au pourtour des vaisseaux altérés. Au niveau de $D_{10}$, la gliose avait dégénéré, et il s'était formé des cavités en pleine gliose.

Ce fait doit être rapproché des observations de « myélite nécrotique subaiguë » rapportées par Foix et Alajouanine ; mais, dans le cas présent, l'évolution a été plus lente, et les lésions nécrotiques sont moins importantes.

M. Lhermitte considère cette affection comme une maladie à point de départ vasculaire, comme la maladie de Burger ou la maladie de Kussmaul.

**Un cas de tumeur aiguë du mésocéphale au cours d'une coqueluche chez l'enfant.** — MM. E. LESNÉ, J. BERTRAND et C. LAUNAY montrent une tumeur, qui a évolué cliniquement en un mois chez un enfant à la suite d'une coqueluche. Le diagnostic était très difficile avec une encéphalite. La tumeur est un spongioblastome, ce qui explique la rapidité de son évolution.

**L'extension spontanée et permanente du gros orteil, signe de lésion du système extra-pyramidal.** — MM. L. RIMBAUD, BOULET et P. RIMBAUD . (Montpellier). — L'extension spontanée et permanente du gros orteil, d'ordinaire considérée comme un équivalent du signe de Babinski, peut dans certains cas avoir la valeur d'un réflexe postural permanent, et devenir ainsi le témoin d'une lésion du système extra-pyramidal.

La valeur sémiologique de ce signe, déjà cliniquement affirmée par les auteurs, est aujourd'hui démontrée par l'examen histopathologique du cerveau d'un sujet présentant cette extension permanente : lésions importantes du pallidum, du putamen, du *locus niger* ; intégrité des voies pyramidales, de l'écorce à la protubérance.

J. MOUZON.

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET D'HYGIÈNE TROPICALES

*Séance du 2 juillet 1931.*

**Sur un procédé de coloration des trypanosomes dans les coupes.** — M. NATTAN-LARRIER décrit une méthode de coloration des trypanosomes qui donne d'excellents résultats. En effet, on arrive difficilement, avec les techniques habituelles, à mettre en valeur les trypanosomes dans les coupes d'organes. On peut avoir recours à la méthode décrite par les Anglais et qui consiste à employer des solutions de Giemsa additionné d'alcool méthylique et de bicarbonate de soude. Mais on obtient de plus belles préparations en traitant d'abord les coupes par le Kernschwartz, et en faisant agir ensuite le Giemsa, soit en suivant la technique décrite plus haut, soit en employant le bleu de Laveran ou la thionine.

On obtient ainsi de très belles colorations qui ne s'effacent pas en vieillissant.

**L'hygiène solaire aux colonies.** — M. FOUGERAT DE LASTOURS, après avoir rappelé ses précédentes communications, estime que dans l'état actuel de nos connaissances, avec ce que nous savons de l'action salutaire du rayonnement solaire total sur l'homme nu, imposer systématiquement le vêtement à l'indigène est un non-sens.

Pour le blanc, l'adoption de l'hygiène solaire transforme entièrement la vie coloniale.

Associée à la sieste aux heures chaudes, à la balnéation, aux exercices physiques et aux sports plus tôt ou plus tard dans la journée, elle produit harmonieusement ce que Platon signale dans le livre I des *Lois* : « *Les jeux où l'on s'exerce nu sont encore admirables pour cet effet : l'aisance où ils mettent de supporter l'excès de la chaleur* ». L'ensoleillement permet une existence active avec une ration alimentaire réduite, adaptée au climat, ménageant foie, rate, reins, tube digestif, etc., et ce sans déficience organique.

L'héliose fait disparaître l'accablement, le *cafard*, apporte le bien-être et la gaieté, l'euphorie bienheureuse et si particulière qu'elle dispense à ses fidèles ; elle normalise l'individu et ses nerfs, donne le sommeil.

L'insolation fait disparaître le besoin d'excitants et de stimulants factices. En premier lieu, tout naturellement, l'alcool ne semble plus une nécessité.

*Hygiène, nudité, soleil, aux Colonies* sont inséparables plus que partout ailleurs.

De l'oubli ou de la mise en pratique de cette vérité bienfaisante dépend l'avenir des régions chaudes du globe.

# SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

**Traitement chimique local de la tuberculose pulmonaire chez le métropolitain et chez le colonial en France.** — M. VICTOR SIMON présente des radiographies de malades tuberculeux qui ont été traités par les injections pleurales et pulmonaires directes d'huile d'olive et de cholestérine, camphrée à l'éther benzylcinnamique à doses progressives. Se référant à dix cas traités, il formule les conclusions suivantes :

Le noir est toujours moins résistant à la tuberculose que le blanc ou le « sang mêlé ». Le pouvoir de résistance du sujet augmente avec la durée de son séjour dans la métropole, et en raison inverse de la pigmentation ou du degré de métissage. Plus le malade tend vers le blanc, plus il est résistant.

*Discussion.* — M. BROQUET fait remarquer que depuis les observations faites pendant la guerre, à l'époque où les contingents sénégalais vinrent en France, on sait que lorsque les noirs, vierges de tuberculose dans les régions rurales de leur pays, entrent en contact en France avec le bacille tuberculeux, ils sont atteints d'une forme spéciale de tuberculose à adénopathie hilaire progressive et à marche rapidement fatale qui les tue en trois ou quatre mois. Cette tuberculose est comparable aux formes ganglionnaires de l'enfant et de l'animal (cobaye, singe).

A l'hôpital de Mayenne, il a constaté, avec Morenas, en 1919, que cette forme était de beaucoup la plus fréquente chez les Sénégalais (63 p. 100 des cas de notre série) qui présentaient aussi la forme pleurale sérofibrineuse ou hémorragique (30 p. 100 des cas). Si en général dans ces formes la généralisation s'est faite assez tardivement, il a pu cependant noter, dans deux cas, des généralisations précoces à forme granulique et sérique. On ne rencontrait pas les formes ulcéro-caséeuses qui restent l'apanage des blancs et des noirs des centres urbains ou des vieilles colonies, comme les Antilles, la Réunion, la Guyane où depuis longtemps les éléments noirs et blancs sont intimement mélangés. Son travail sur la tuberculose pleuro-pulmonaire des noirs, paru dans la *Revue de la tuberculose* d'avril 1920-21, portait sur 71 cas et 13 autopsies. Depuis, les faits qu'il a signalés ont été confirmés, en particulier, récemment, par Blanchard et Toullet, dans leur livre sur les grands syndromes en pathologie exotique. La présence des formes filtrantes du bacille tuberculeux dans la tuberculose pleuro-pulmonaire des noirs montre la nécessité de poursuivre, sur cette question, des recherches bactériologiques et thérapeutiques qui ne peuvent manquer d'être fécondes.

**Présentation d'un nouvel appareil pour transfusion sanguine destiné aux colonies et aux armées de campagne.** — MM. A. TZANCK et PH. DECOURT présentent une instrumentation de dimensions réduites et pratiquement incassable, en vue d'effectuer la transfusion en toutes circonstances (armée, colonies).

Cette instrumentation reproduit en plus petit le distributeur de Tzanck, utilise une seringue métallique, et pour surveiller l'écoulement du sang et l'absence d'air, intercale un viseur sur l'une des canalisations de l'appareil.

**Réactivation thérapeutique par spléno-contractions adrénaliniques répétées dans le traitement des paludismes anciens.** — M. PH. DECOURT rappelle que ce sont les paludismes à *Ent. vivax* et *quartanum* qui sont les plus difficiles à stériliser. Or la rate est le principal refuge des hématozoaires.

La spléno-contraction adrénalinique provoque une polyglobulie de chasse qui permet parfois de découvrir des hématozoaires alors que les examens antérieurs n'en montraient pas et qui parfois même provoque un accès de fièvre. C'est en partant de ces faits que l'auteur a songé à utiliser, dans les paludismes anciens, l'association de spléno-contractions répétées journellement à un traitement classique énergique pour atteindre plus efficacement les hématozoaires réfugiés dans la rate.

*Discussion.* — M. RAYMOND NEVEU remercie M. Ph. Decourt d'avoir apporté une nouvelle contribution à cette importante question qui a déjà fait l'objet de nombreux travaux, notamment au Congrès international du paludisme à Alger. Il montre l'excellence de la méthode qui permet non seulement d'éclairer le diagnostic et le pronostic, mais aussi d'appliquer une thérapeutique plus efficace.

M. FOUGERAT DE LASTOURS rapproche cette méthode de celle qui a été préconisée dans certains autres pays et qui consiste en massages — en douches écossaises violentes sur le foie et sur la rate.

**A propos d'un projet de Fédération internationale des Sociétés de médecine tropicale.** — M. RAYMOND NEVEU s'étonne d'apprendre qu'une Fédération internationale soit en formation en dehors d'un Congrès international. Il estime qu'on ne peut jeter les bases d'une Fédération qu'au cours d'un de ces Congrès, alors que toutes les nations en ont été avisées. Toute fédération constituée en dehors d'une assise internationale est vouée à un échec certain. Il s'étonne que l'on songe à mettre au Caire le siège du bureau permanent, alors que les Sociétés n'ont pas été consultées. Il émet le vœu que le projet de fédération soit mis à l'ordre du jour des Journées médicales coloniales, ou, s'il est trop tard, à l'ordre du jour du prochain Congrès international, et que les délégués français insistent pour que Paris, où se trouvent l'Institut de coopération intellectuelle, le centre de Synthèse historique et de nombreuses Sociétés internationales, soit le siège du bureau permanent.

A la suite de la discussion à laquelle prirent part MM. Tanon, Nattan-Larrier, Broquet, Secques, Fougerat et Ph. Decourt, il est décidé que la Société réserve sa réponse pour le moment, au sujet de son adhésion à la Société internationale en formation.

RAYMOND NEVEU.



# NOUVELLES

**VII^e Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française.** — Nous rappelons que ce Congrès doit avoir lieu à Bordeaux les 1er, 2 et 3 octobre 1931 et nous en donnons ci-dessous le programme :

*Jeudi 1er octobre.* — 10 heures : Ouverture du Congrès dans les foyers du Grand-Théâtre. Visite du Grand-Théâtre. — 11 h. 30 : Réception du palais de la Bourse par la Chambre de commerce. — 14 heures : A la Faculté de médecine et de pharmacie, 1er rapport : *Du diagnostic radiologique en gynécologie.* — 20 heures : Banquet officiel du Congrès suivi d'une réception offerte par le président du Congrès.

*Vendredi 2 octobre.* — *Le matin* : Séances opératoires dans les hôpitaux. — *Excursion-congrès à Arcachon.* — 9 heures : Premier départ, visite d'Arcachon ; réception par la municipalité, promenade en bateau sur le bassin. — 11 heures : Deuxième départ, pour ceux qui ont assisté aux séances opératoires. — 12 h. 30 : Déjeuner. — 14 h. 30, au Casino : Deuxième rapport : *Les moyens sociaux de dépister le cancer utérin.* — 17 h. 15 : Retour à Bordeaux.

*Samedi 3 octobre.* — 9 heures : A la Faculté de médecine et de pharmacie : Troisième rapport : *Les hémorragies tardives du post-partum.* — 13 h. 30 : Visite du port-Promenade en Garonne offerte par le Port autonome. — 15 heures : A la Faculté de médecine et de pharmacie : *Communications individuelles.*

*Dimanche 4 octobre* : *Excursion de 9 heures à 18 heures, dans les vignobles girondins* : Promenade dans le Sauternais ; visite des grands crus, dégustation. — Déjeuner à Saint-Emillion, visite de la ville et des crus du Saint, Emilionnais.

*Excursion, de 7 à 22 heures, aux Eysies, capitale de la préhistoire* : Visite du musée ; de la grotte de Font de Gaume ; de l'abri du Cap-Blanc ; des châteaux de Laussel et de Comarque. Retour par Saint-Léon-sur-Vézère ; La Roche-Saint-Christophe ; le Moustier ; Laugerie.

Possibilité pour ceux qui iront au Congrès de chirurgie d'emporter leurs bagages et de prendre le train à 20 heures aux Eysies pour arriver à Paris le lundi avant 8 heures. Le départ de 7 heures correspond en réalité à 8 heures des jours précédents, le retour à l'heure normale se faisant justement dans la nuit du samedi au dimanche.

**Les médecins des Etats-Unis d'Amérique à Vichy.** — L'importante délégation de médecins des Etats-Unis; d'Amérique, accomplissant un second voyage d'études à travers les stations thermales et climatiques françaises, sous les auspices du gouvernement, est arrivée mardi soir à Vichy où elle a été reçue par : MM. Léger, maire de Vichy, Normaud, directeur des services administratifs, et Brian, directeur des services techniques de la C^ie Fermière, M. le D^r Durand-Fardel, président de la Société des sciences médicales de Vichy, et de nombreux représentants du Corps médical de la station. Ils ont été conduits à l'hôtel « Radio » où ils restent durant leur séjour.

Dans l'après-midi de mercredi a eu lieu la visite des nouveaux ateliers d'embouteillage et d'expéditions des eaux de Vichy-Etat, dont l'installation peut être considérée comme répondant aux derniers progrès de la science et de l'industrie. Les visiteurs ont été intéressés au plus haut point par les séries de machines si bien conçues pour supprimer la manipulation des bouteilles et assurer ainsi les garanties d'asepsie les plus complètes pour répondre aux desiderata du Corps médical du monde entier. Leur attention a été également retenue par le laboratoire joint à ces ateliers, fort bien équipé, et qui chaque jour soumet à diverses réactions et contrôle l'eau de rinçage des bouteilles.

Vers la fin de l'après-midi, la délégation a été reçue au Sporting-Club de Vichy. Sous les pergolas qui font une si ravissante parure au Club-House du Golf, un thé d'honneur fut servi aux distingués voyageurs, pendant qu'ils contemplaient le merveilleux paysage, à la fois si prenant et si reposant, qui se déroulait sous leurs yeux.

Ils parcoururent ensuite les différentes installations du Sporting-Club, le golf et les courts de tennis, dont ils commentèrent élogieusement le parfait aménagement.

Le soir, ils assistaient au Casino à la représentation de gala, donnée en leur honneur. Au programme, figurait *Madame Butterfly*, le drame lyrique de Puccini, avec le concours de la très gracieuse artiste japonaise Teiko-Kiwa et *Variétés chorégraphiques*, suite de danses réglées sur des pages célèbres de grands maîtres. Ce spectacle qui se déroula en présence d'une assistance des plus nombreuses et des mieux choisies, constituait une très belle réalisation d'art, très appréciée des distingués visiteurs.

La journée de jeudi fut consacrée à une excursion en Auvergne et le soir, au retour, un dîner de gala, suivi de bal, offert par la Société des grands hôtels, réunissait, dans les salons du « Thermal Palace » les visiteurs et différentes personnalités de la station. Au début du repas, une magnifique gerbe de fleurs fut offerte par M^me ..., au nom de la délégation à M. le D^r Gordon Heyd, à l'occasion de son anniversaire, et M. Alotti prononça ensuite quelques mots des plus heureux pour saluer ses hôtes et leur souhaiter la bienvenue.

Dans la journée de vendredi eut lieu dans la matinée la visite du Laboratoire de recherches hydrologiques, installé par la C^ie Fermière de Vichy, et, dans la salle des fêtes du Casino, une conférence faite par M. le D^r Einhorn sur « l'importance de l'épreuve digestive aux perles dans la pratique médicale ». Une assistance nombreuse suivit avec le plus grand intérêt l'exposé de cet éminent professeur de New-York. A midi, un vin d'honneur était offert à la délégation et à tous les membres de la colonie américaine, sur la terrasse du casino, et l'après-midi était consacré à la visite de l'Etablissement thermal, de ses différents services d'hydrothérapie, de mécanothérapie, d'électrothérapie et des sources hyperthermales du Dôme.

Le soir, à 20 h. 30, dans les salons du « Carlton », la C^ie Fermière de Vichy offrait un banquet, sous la présidence de M. Gaston Gérard, sous-secrétaire d'Etat aux Travaux publics et au Tourisme, à la délégation des médecins des Etats-Unis. Au champagne, des discours étaient prononcés par MM. Baugnies, vice-président du Conseil d'administration et administrateur-délégué de la C^ie Fermière ; le professeur Achard, de la Faculté de médecine de Paris, M. le D^r Durand-Fardel, président de la Société des sciences médicales, le comte d'Ornano, conseiller du commerce extérieur, organisateur du voyage, le D^r Gordon Heyd, président de la délégation, le D^r Sondern, vice-président, le D^r Sheehan, le professeur Corwin et M. Gaston Gérard.

Les médecins des Etats-Unis sont repartis samedi

## NOUVELLES *(Suite)*

matin pour Paris. A leur arrivée, ils sont allés déposer une gerbe sur la tombe du Soldat inconnu. A l'issue de cette cérémonie, ils ont été reçus au pavillon du lac du Bois de Boulogne, par M. Vallat, directeur de l'Office national du tourisme, qui tenait à les saluer avant leur départ.

**Faculté de médecine de Paris. — Travaux pratiques de chimie. —** (*Série supplémentaire*). — Une série supplémentaire de travaux pratiques de chimie aura lieu à partir du 15 octobre 1931.

A cette série pourront s'inscrire :

1° Les étudiants dont les travaux pratiques réglementaires n'ont pu être validés pour une raison quelconque

2° Dans la limite des places disponibles, les étudiants qui voudraient compléter leurs connaissances pratique, en chimie biologique et pathologique avant la session d'examens du mois de novembre.

Les élèves inscrits devront verser un droit de 200 francs.

S'inscrire au Secrétariat (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis de 14 heures à 16 heures, à partir du 2 octobre 1931.

**Dons et legs.** — Par décret du 12 août 1931, l'Académie de médecine est autorisée à accepter la donation qui lui a été consentie par Mme Henriette-Françoise Girou de Buzareingues, veuve de M. Jules-Emile Péan, d'une somme de 100 000 francs, pour les arrérages en être affectés à la création d'un prix ou d'une bourse de voyage qui sera attribuée, tous les quatre ans, à un étudiant en médecine français, méritant, sans fortune ou peu fortuné, se destinant à la chirurgie, pour l'aider à poursuivre ses études chirurgicales.

Ce prix portera le nom de « Fondation Jules-Emile Péan ».

Le doyen de la Faculté de pharmacie de l'Université de Montpellier est autorisé à accepter, aux clauses et conditions énoncées dans l'acte susvisé, la donation faite à cet établissement par M. Joseph Coulouma d'un titre de rente sur l'Etat français de deux cents francs, pour ledit intérêt être affecté à la création d'un prix dénommé « Prix Elie Coulouma » à attribuer annuellement à l'étudiant de la Faculté susnommée, qui, sous la réserve d'y avoir accompli toute sa scolarité, aura été classé premier pour les travaux pratiques de bactériologie.

Le titre provenant de ladite donation sera immatriculé au nom de la Faculté de pharmacie de l'Université de Montpellier, avec indication de la destination des arrérages.

**Association internationale des hopitaux.** — Pendant le second Congrès international des hôpitaux qui vient de siéger à Vienne (8-14 juin), les délégués des 41 nations représentées au Congrès et les mandataires des Associations nationales des hôpitaux, qui existent aujourd'hui dans une quinzaine de pays, ont fondé une Association internationale des hôpitaux, dont le but est d'instituer des échanges de vues et une collaboration internationale portant sur tous les problèmes sanitaires économiques et sociaux relatifs aux hôpitaux.

L'Association internationale, qui est un organisme indépendant, sans but lucratif, accepte comme membres ordinaires les Associations nationales des hôpitaux et comme membres extraordinaires, d'une part les hôpitaux, les organisations d'hygiène et d'assistance, les personnes attachées à ces institutions, d'autre part les firmes et les personnes qui se trouvent en relations d'affaires avec les hôpitaux.

Les membres de l'Association reçoivent gratuitement son organe, une revue trimestrielle qui paraît sous le titre de *Nosokomeion* (W. Kohlhammer, Stuttgart, Allem.). Ils participent sans frais aux Congrès internationaux des hôpitaux. Ils sont invités à collaborer aux travaux des dix Commissions internationales permanentes appelées à étudier l'ensemble des problèmes hospitaliers, et à préparer les progrès réalisables dans cet ordre d'idées.

La cotisation annuelle est de 125 francs français par an pour les hôpitaux, les organisations d'hygiène et d'assistance et les personnes attachées à ces institutions. Elle a été fixée à 250 francs pour les firmes et les personnes qui sont en relations d'affaires avec les hôpitaux.

On est prié d'envoyer les adhésions au Dr René Sand, président de l'Association internationale des hôpitaux, 2, avenue Velasquez, Paris (VIIIe).

**Stage et Cours de perfectionnement (clinique obstétricale Baudelocque).** — Ce cours aura lieu du 1er au 31 octobre 1931, sous la direction du professeur COUVELAIRE, avec l'assistance de MM. Levant, Vignes, Cleisz, Portes, Desnoyers, Ravina, Lacomme, accoucheurs des hôpitaux ; Powilewicz, Seguy, et Sureau, anciens chefs de clinique ; M. Digonnet et Mme Anchel-Bach, chefs de clinique ; M. Laennec, aide de clinique à la Maternité ; MM. Merger et Mayer, internes.

A. STAGE CLINIQUE ET CONFÉRENCES. — Le stage pratique comporte : des exercices cliniques individuels (examens de femmes gravides, parturientes ou accouchées, avec discussion du diagnostic et du traitement) ; l'assistance aux accouchements et opérations, aux consultations de la policlinique et du dispensaire antisyphilitique.

Les conférences porteront sur les points suivants :

M. Digonnet : Diagnostic de la gestation au cours des premiers mois. Anomalies de forme et de situation de l'utérus gravide. — M. Digonnet : Conduite à tenir pendant l'accouchement et la délivrance. — M. Sureau : Hémorragies pendant la gestation et l'accouchement (endométrite hémorragique, placenta inséré sur le segment inférieur). — M. Ravina : Complications de la délivrance. — M. Desnoyers : Diagnostic des viciations pelviennes (rachitiques, bossues, boiteuses). — M. Desnoyers : Traitement des viciations pelviennes. — M. Cleisz : Albuminurie. Hypertension. Azotémie. Rétention chlorurée au cours de la gestation. — M. Seguy : Eclampsie à forme convulsive. Eclampsie à forme hémorragique (apoplexie utérine et utéro-placentaire). — M. Seguy : Vomissements graves. — M. Vignes : Anomalies de la contraction utérine. — M. Digonnet : Anomalies de la dilatation du col. — M. Levant : Formes cliniques des infections puerpérales. — M. Levant : Traitement des infections puerpérales. — Mme Anchel-Bach : Avortement. Arrêts de développement de l'œuf. Môle vésiculaire. — M. Lacomme : Gestations gémellaires. — M. Ravina : Examen du placenta. — M. Lacomme : Tuberculose et gestation. — M. Powilewicz : Prophylaxie et traitement de la syphilis congénitale. — M. Laennec : Cardiopathies et gestation. — M. Sureau : Infections colibacillaires et gestation. — M. Ravina : Infections gonococciques au cours de la

## NOUVELLES (*Suite*)

gestation et de la puerpéralité. — M. Powilewicz : Hygiène et alimentation du nouveau-né normal et prématuré. — M. Aurousseau : Chirurgie du nouveau-né. — M. Lacomme : Infections du nouveau-né.

B. Cours d'opérations obstétricales. — Sous la direction de M. Portes, agrégé, accoucheur des hôpitaux, du 5 au 25 octobre.

Ce cours aura lieu tous les après-midi, à 14 h. 30. Il comprendra des exposés oraux sur les indications et la technique des opérations, des exercices pratiques individuels et des séances de projection de films cinématographiques.

M. Merger : Forceps dans les variétés directes et obliques antérieures. — M. Merger : Forceps dans les variétés transverses et obliques postérieures. — M. Mayer : Forceps dans les présentations de la face et du front. — M. Laennec : Extraction du siège. — M. Mayer : Versions par manœuvres internes. — M. Sureau : Basiotropsie. — M. Suresu : Embryotomie rachidienne. — Mme Anchel-Bach : Dilatation artificielle du col. Dilatateurs, dilatation manuelle, ballons. — M. Digonnet : Hystérotomies par voie vaginale. Incisions du col. Césarienne vaginale. — M. Portes : Hystérotomies par voie abdominale. Césarienne corporéale, césarienne basse (projection de films) — M. Portes : Césarienne avec extériorisation temporaire de l'utérus. Hystérectomies intra et post-partum (projection de films). — M. Digonnet : Pelvitomies. — Mme Anchel-Bach : Chirurgie de la période de délivrance (délivrance artificielle, traitement des inversions, transfusion). — M. Mayer : Chirurgie réparatrice. — M. Seguy : Chirurgie des tumeurs compliquant la gestation et la parturition. — M. Laennec : Chirurgie des gestations ectopiques. — M. Seguy : Chirurgie de la stérilité.

Droit d'inscription : 400 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 4 à 16 heures.

**Clinique chirurgicale infantile et orthopédique, hopital des Enfants-Malades.** — Un cours de clinique et de thérapeutique chirurgicales et orthopédiques sera fait sous la direction de M. le professeur Ombrédanne, à l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, du 15 septembre au 1er octobre 1931, avec le concours de M. Garnier, chef de clinique ; M. Fèvre, ancien chef de clinique ; M. Aurousseau, ancien chef de clinique ; M. Saint-Girons, chef de laboratoire ; M. Huc, ancien chef de clinique, d'après le programme suivant :

19 *Septembre.* — 11 heures : Mal de Pott dorso-lombaire : M. Garnier. — 17 heures : Appendicite chez l'enfant : M. Aurousseau.

21 *Septembre.* — 11 heures : Les pieds bots : M. Fèvre. — 17 heures : Les becs-de-lièvre : M. Fèvre.

22 *Septembre.* — 11 heures : Coxalgie de l'enfant : M. Garnier. — 17 heures : Sténose hypertrophique du pylore : M. Fèvre.

23 *Septembre.* — 11 heures : Invagination intestinale du nourrisson : M. Fèvre. — 17 heures : Péritonite à pneumocoques : M. Aurousseau.

24 *Septembre.* — 11 heures : Les tumeurs blanches : M. Garnier. — 17 heures : Les fractures de l'enfance : M. Aurousseau.

25 *Septembre.* — 11 heures : Fractures du coude : M. Aurousseau. — 17 heures : Pathologie du diverticule de Meckel : M. Garnier.

26 *Septembre.* — 11 heures : Coxa-varra : M. Fèvre. — 17 heures : Hypospadias : M. Garnier.

28 *Septembre.* — 11 heures : Ostéomyélite des enfants : M. Aurousseau. — 17 heures : Le syndrome orchite aigue chez l'enfant : M. Garnier.

29 *Septembre.* — 11 heures : Les séquelles chirurgicales de la paralysie infantile : M. Fèvre. — 17 heures : Génu valgum : M. Aurousseau.

30 *Septembre.* — 11 heures : Pleurésies purulentes : M. Saint-Girons. — 17 heures : Pathologie du canal péritonéal-vaginal : M. Garnier.

1er *Octobre.* — 11 heures : Les ostéoplasties en chirurgie infantile : M. le professeur Ombrédanne.

Tous les matins à 9 h. 30, présentation de malades au pavillon Molland ; visite dans les salles ; opérations courantes. Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 250 francs. Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

### *MÉMENTO CHRONOLOGIQUE*

19 Septembre. — *Toulouse.* Faculté de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de clinique obstétricale.

20 Septembre. — *Nantes.* École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'École de médecine.

20 Septembre. — *Buenos-Aires.* Congrès national du service social de l'enfance.

21 Septembre. — *Paris.* Clinique de la tuberculose Ouverture du cours sur les actualités phtisiologique. par le professeur Léon Bernard.

21 Septembre. — *Paris.* Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Dexième.-:: Cours de vacances consacré à la gastro-entérologie sous la direction de M. le Dr Chabrol.

21 Septembre. — *Paris.* Hôpital Laennec. Ouverture du cours de perfectionnement sur les actualités phtisiologiques.

22 Septembre. — *Tours.* École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physique.

26 Septembre. — *Grenoble.* École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur

## NOUVELLES *(Suite)*

suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale.

26 SEPTEMBRE. — *Toulon.* Concours de chargé de cours de pathologie à l'École du service de santé de la marine. Concours de chargé de cours de pathologie externe et d'accouchements, concours de chargé de cours d'anatomie topographique et de médecine opératoire, de médecine légale à l'École du service de santé de la marine.

28 SEPTEMBRE-4 OCTOBRE. — III[e] Congrès international d'hypiologie et de psychologie appliquée.

28 SEPTEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription pour le concours de stomatologiste des hôpitaux de Paris.

1[er] OCTOBRE. — *Bordeaux.* Réunion de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française.

1[er] OCTOBRE. — *Paris.* Assistance publique. Dernier délai d'inscription pour le concours d'infirmières de l'Assistance publique (s'adresser 3, avenue Victoria).

1[er] OCTOBRE. — *Paris.* Assistance publique : ouverture du registre d'inscription pour le concours de médaille d'or des hôpitaux de Paris.

1[er] OCTOBRE. — *Paris.* École de puériculture. Ouverture du cours de puériculture.

3 OCTOBRE. — *Paris.* Assistance publique. Clôture du registre d'inscription pour le concours de l'externat des hôpitaux de Paris.

3 OCTOBRE. — *Nice.* Dernier délai d'inscription pour le concours de l'internat des hôpitaux de Nice.

4 OCTOBRE. — *Paris.* Cercle de la librairie, 117, boulevard Saint-Germain, XII[e] Salon des médecins.

4 OCTOBRE. — *Strasbourg.* Journée de la protection de l'enfance.

5 OCTOBRE. — *Paris.* Congrès de l'Association française de chirurgie.

5 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine de Paris Consignation pour les examens de chirurgien-dentiste Validation de stage (ajournés).

5 OCTOBRE. — *Toulon.* Concours pour l'emploi de chargé de cours de séméiologie et petite chirurgie de l'École de médecine navale de Brest et pour l'emploi chargé de cours d'anatomie descriptive à l'École de médecine navale de Rochefort.

5 OCTOBRE. — *Paris.* Leçons sur les notions indispensables de radiodiagnostic clinique médico-chirurgical et d'interprétatiln radiologique, par M. LEDOUX-LEBARD.

5 OCTOBRE. — *Paris.* Hôpital Broussais. Ouverture d'un cours sur les grands syndromes cardiaques sous la direction de M. CHARLES LAUBRY.

5 OCTOBRE. — *Paris.* Hôpital Baudelocque. Ouverture du cours d'opérations obstétricales sous la direction de M. PORTES.

6 OCTOBRE. — *Paris.* Congrès français d'urologie.

6 OCTOBRE. — *Toulon.* Concours pour l'emploi de prosecteur à l'École de médecine navale de Rochefort et à l'École de médecine de Toulon.

6 OCTOBRE. — *Paris.* Hôpital Saint-Louis. Inauguration du monument du professeur Lecène.

7 OCTOBRE. — *Toulon.* Concours pour l'emploi de professeur de physiologie à l'École de médecine navale de Brest et à l'École de médecine navale de Rochefort.

7 OCTOBRE. — *Paris.* Dernier délai d'inscription pour le concours de médecin résidant à l'hôpital Saint-André.

7 OCTOBRE. — *Paris.* Assistance publique. Clôture du registre d'inscription pour le concours de stomatologiste des hôpitaux de Paris.

7 OCTOBRE. — *Rouen.* Dernier délai d'inscription pour le concours de l'externat des hôpitaux de Rouen.

7-12 OCTOBRE. — *Paris.* II[e] Conférence internationale et Congrès colonial du rat et de la peste.

8 OCTOBRE. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription pour le concours d'aptitude aux fonctions de chef de laboratoire de bactériologie des hôpitaux.

9 OCTOBRE. — *Paris.* Réunion de la Société française d'orthopédie.

12 OCTOBRE. — *Paris.* Concours d'infirmière de l'Assistance publique à l'hospice de la Salpêtrière, à 13 heures.

12 OCTOBRE. — *Dijon.* École de médecine. Concours pour la place de chefs de travaux de physique à l'École de médecine de Dijon.

12 OCTOBRE. — *Paris.* Ouverture d'une série supplémentaire de travaux pratiques de pharmacologie et matière médicale.

13 OCTOBRE. — *Paris.* Ministère des Colonies. Clôture du registre d'inscription pour le concours de médecin stagiaire de l'assistance médicale en Indochine.

14 OCTOBRE. — *Paris.* Congrès international de pathologie comparée.

15 OCTOBRE. — *Paris.* — Assistance publique. Clôture du registre d'inscription pour le concours de médaille d'or des hôpitaux de Paris.

15 OCTOBRE. — *Alger.* Concours de pharmacien des hôpitaux d'Oran.

15 OCTOBRE. — *Paris.* Concours de médecin spécialisé des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du Finistère.

15 OCTOBRE. — *Paris.* Ministère des Colonies. Clôture du registre d'inscription pour le concours de médecin stagiaire de l'assistance médicale de Madagascar.

15 OCTOBRE. — *Tours.* Concours pour la nomination d'un chef de clinique obstétricale.

15 OCTOBRE. — *Paris.* Ouverture d'un cours de perfectionnement d'anatomie pathologique.

16 OCTOBRE. — *Paris.* Concours de professeur suppléant de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'École de médecine d'Angers.

17 OCTOBRE. — *Paris.* Assistance publique. Clôture du registre d'inscription pour le concours d'aptitude aux fonctions de chef de laboratoire de bactériologie des hôpitaux.

19 OCTOBRE. — *Toulouse.* Concours de professeur suppléant d'anatomie à l'École de médecine de Clermont-Ferrand.

19 OCTOBRE. — *Paris.* Congrès français d'oto-rhino-laryngologie.

19 OCTOBRE. — *Nice.* Concours pour 10 places d'internes de médecine et chirurgie des hôpitaux de Nice.

19 OCTOBRE. — *Bordeaux.* Concours de l'externat des hôpitaux de Bordeaux.

20 OCTOBRE. — *Bordeaux.* Concours de l'internat des hôpitaux de Bordeaux.

# REVUE DES CONGRÈS

## IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE RADIOLOGIE

Le IIIe Congrès international de radiologie vient de se tenir à Paris, en Sorbonne, du 26 au 31 juillet 1931.

Cette réunion internationale est la troisième de ce genre qui ait eu lieu depuis la guerre. La première se tint à Londres en 1925, la seconde à Stockholm en 1928. En réalité, ce Congrès se rattache à ceux tenus antérieurement à la guerre dans plusieurs villes européennes. Leur origine remonte, en effet, à 1899, année au cours de laquelle la Société française d'électrothérapie prenait l'initiative d'organiser un Congrès international d'électrothérapie et de radiologie qui tint ses assises à Paris, en 1900. La radiologie n'était alors qu'une science qui venait de naître.

Elle devait, par la suite, prendre une place de plus en plus grande, jusqu'à obtenir la prépondérance aux Congrès d'après-guerre. Néanmoins, sous le titre trop bre de Congrès international de radiologie, titre qui ne tient pas entièrement compte de ses origines historiques, cette grande manifestation internationale embrasse, non seulement tous les travaux consacrés aux radiations, mais encore tous ceux relatifs aux applications médicales de l'électricité.

La séance d'ouverture du Congrès eut lieu le lundi 27 juillet, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de M. BLAISOT, ministre de la Santé publique.

Cette séance solennelle donna lieu à de multiples allocutions.

Ce fut d'abord le Dr Antoine BÉCLÈRE, président du Congrès, qui, après avoir remercié M. le ministre BLAISOT de tout l'intérêt qu'il porte à la radiologie, brossa, en un rapide tableau, l'histoire de cette science et rendit un suprême hommage à tous ceux qui moururent victimes des rayons.

Mme CURIE, présidente d'honneur du Congrès, prononça ensuite quelques paroles. Puis le Dr MORISON, délégué de la Société anglaise de médecine, et le professeur SCHINZ, délégué des Sociétés suisses et président du prochain Congrès, remirent des diplômes d'honneur au Dr A. BÉCLÈRE. Au nom des Sociétés américaines, le professeur PFAHLER offrit au président un maillet d'honneur en dent de mammouth. Ce fut également un maillet, celui-ci en ébène et serti de diamants, que la Société suédoise de radiologie fit remettre au Dr A. BÉCLÈRE, par l'intermédiaire du président du IIe Congrès, le professeur FORSELL. Puis, aux applaudissements de l'Assemblée, celui-ci passa au cou du Dr A. BÉCLÈRE le collier d'or symbolique de la présidence.

Le professeur FORSELL fit ensuite la remarquable conférence que nous résumons plus loin, sur la lutte sociale contre le cancer.

Enfin, dans une dernière allocution, M. BLAISOT remercia vivement les délégations étrangères et les 1 200 congressistes représentant 40 nations, de l'honneur qu'ils avaient fait à la France, en choisissant Paris pour siège du présent Congrès. Au nom du Gouvernement de la République, le ministre leur souhaita la bienvenue, persuadé que leurs importants travaux ne sauraient manquer d'apporter quelques progrès au soulagement de l'humanité.

**Conférence priée, lue au cours de la séance inaugurale**
**La lutte sociale contre le cancer.**

Par le professeur G. FORSELL (Stockholm).

Après avoir donné un bref aperçu des stades par lesquels est passée la lutte contre le cancer, l'auteur propose un programme pour l'organisation de cette lutte.

Les recherches scientifiques sur le cancer ont un caractère international et peuvent, dans chaque pays, se borner à certains problèmes dépendant des forces personnelles et des ressources matérielles dont on dispose. Ces recherches doivent être organisées d'après les mêmes principes qui s'appliquent aux autres domaines scientifiques.

L'application pratique de ces recherches est, par contre, un problème national qu'il incombe à chaque pays de résoudre par des mesures sociales. Le but essentiel est de permettre à tous les cancéreux du pays d'obtenir le meilleur traitement possible, quelle que soit leur situation économique. Les causes du cancer étant inconnues, la Société ne peut qu'à un degré insignifiant se défendre contre cette maladie par des mesures préventives.

Les seules méthodes thérapeutiques qui, jusqu'ici, se sont montrées efficaces et pratiques contre le cancer, sont la chirurgie et la radiothérapie (curiethérapie et röntgenthérapie).

Les indications de ces méthodes sont, dans leurs grandes lignes, les suivantes :

Pour environ 56 p. 100 de l'ensemble des cancéreux, la chirurgie constitue la thérapeutique de choix, quand il s'agit de cas opérables.

Dans environ 44 p. 100 de la totalité des cancéreux, la radiothérapie est la méthode de choix, aussi bien dans les cas opérables que dans les cas inopérables, éventuellement en combinaison avec la chirurgie.

Pour bien comprendre le rôle important que joue la radiothérapie dans le traitement des cancéreux, il faut se rappeler que, non seulement, un tiers au maximum des cancéreux qui consultent un médecin se trouvent en état d'opérabilité ; mais, parmi ceux-ci, un tiers seulement auront par la chirurgie une guérison permanente, ce qui veut dire que, dans l'ensemble des cancéreux, la chirurgie ne peut guérir qu'un dixième.

Il ressort de ce qui précède qu'environ 90 p. 100 de l'ensemble des cancéreux ont besoin d'un traitement autre que la chirurgie. A plus de la moitié de ces cancéreux, les méthodes radiothérapiques sont capables de procurer une amélioration objectivement et subjectivement.

Dans l'histoire du cancer, la création de la clinique chirurgicale constitue l'événement du siècle dernier. La création de la clinique radiothérapique est la grande contribution de notre siècle à la lutte sociale contre le cancer.

La clinique radiothérapique doit absolument former le centre de la radiothérapie du cancer. Autour de cette clinique il faut grouper les organismes nécessaires pour la réussite de la radiothérapie et pour la collaboration entre la radiothérapie et les autres disciplines de la médecine.

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Contrairement à la chirurgie, la radiothérapie ne peut être décentralisée, c'est-à-dire pratiquée dans tous les grands hôpitaux généraux. Il faut centraliser la radiothérapie dans un nombre assez restreint d'établissements dans chaque pays. Pour permettre la collaboration avec toutes les autres ressources de la médecine, la clinique radiothérapique sera toutefois établie dans un grand hôpital général. Enfin, il est à désirer que cette clinique soit dans un centre universitaire pour mettre à sa portée toutes les institutions dont la science dispose dans une université. Pour l'enseignement entier du diagnostic et du traitement du cancer, l'organisation proposée constituerait la meilleure base.

L'auteur est d'avis qu'il convient moins de renseigner le public sur le cancer que de bien instruire les médecins et tous ceux donnant des soins aux malades (dentistes, infirmières, sages-femmes, etc.), des symptômes initiaux de la maladie cancéreuse.

RAPPORT Nº 1. — **Exploration radiologique de la muqueuse du tube digestif.**

Par le Dr L.-G. COLE (New-York).

L'exploration du tube digestif fut, à ses débuts, basée surtout sur l'examen radioscopique et l'étude des signes indirects. L'apparition de l'écran renforçateur, qui permit l'enregistrement rapide des clichés, inaugura l'époque où l'étude morphologique directe de la muqueuse est le critère dominant.

La technique permettant cette exploration de la muqueuse doit être envisagée sous trois chefs :

*a.* La préparation du malade : il sera vu à jeun, sans purgation préalable ;

*b.* L'administration du repas opaque. Un repas complet sera observé pendant l'ingestion et à de multiples périodes au cours du transit. La compression manuelle et le péristaltisme permettront de distribuer la drogue opaque dans les plis ;

*c.* La prise des clichés sera faite en évitant autant que possible le rayonnement secondaire. On se méfiera de la compression, qui peut parfois aider au diagnostic ou au contraire, l'empêcher.

En suivant cette technique, on pourra faire un certain nombre d'observations essentielles au niveau des cinq segments principaux du tube digestif : œsophage, estomac, bulbe, intestin grêle, gros intestin. Ces observations fondamentales sont au nombre de quatre :

1º La silhouette d'un organe modérément distendu ;

2º L'apparition et l'épaisseur de plis muco-membraneux particuliers qui sont appelés les plis angulaires et la valvule pylorique ;

3º La souplesse de la muqueuse subissant l'influence du péristaltisme et qui peut être modifiée par la plus petite zone d'infiltration ;

4º Le mode de plissement de la muqueuse sous l'influence de la pression extrinsèque ou intrinsèque.

La valeur de ces observations fondamentales varie suivant le segment envisagé.

La première observation, celle de la lumière du tube, est applicable à tous les segments et constitue le roe solide sur lequel repose le diagnostic des lésions gastro-intestinales. Elle constitue le critère le plus sûr pour le diagnostic des lésions organiques.

La seconde, l'apparition des plis angulaires, présente une certaine valeur dans le diagnostic des ulcères de la petite courbure et du pylore. L'épaisseur de ces plis présente également un intérêt du point de vue scientifique pour l'étude de la motricité gastrique.

La troisième, l'étude de la souplesse de la muqueuse au cours du péristaltisme, nous permet de déceler les lésions organiques minimes, beaucoup plus tôt que par tout autre moyen, mais elle exige des radiographies en série étudiées stéréoscopiquement, ou des expositions multiples sur le même film. C'est une méthode précieuse mais particulièrement délicate.

La quatrième, le mode de plissement, est de la plus haute valeur pour le diagnostic de quelques lésions obscures de la muqueuse et de la sous-muqueuse.

L'auteur insiste, en concluant, sur la nécessité de comparer attentivement le résultat de l'examen radiologique aux découvertes nécropsiques et chirurgicales. C'est à cette condition que nous pourrons étendre les résultats de l'exploration radiologique aux autres problèmes de la gastro-entérologie, tels que ceux de l'étiologie, de la pathogénie et de l'évolution des lésions. Cette étude comparative permettra également de poser avec plus de sûreté les indications d'un traitement médical ou chirurgical et d'aborder la question toujours pendante de la dégénérescence maligne de l'ulcère gastrique.

RAPPORT Nº 2. — **Traitement pré et post-opératoire du cancer du sein par les radiations, récidives et métastases exceptées.**

Par le Dr J.-E. LYNHAM (Londres).

Peu de malades atteints d'un cancer du sein meurent de la tumeur primitive. Presque tous meurent des récidives *in situ* ou à distance. Tout le problème de la technique de l'irradiation du cancer du sein tourne donc autour de celui de la prévention des récidives.

La précocité du diagnostic est l'élément le plus important d'un pronostic favorable. Hélas ! soit qu'il s'agisse d'ignorance ou de crainte de l'opération, l'intervention est malheureusement pratiquée alors que la dissémination est déjà faite. C'est donc parce que la récidive est apparue, dans de très nombreux cas où l'opération chirurgicale semblait avoir été satisfaisante, que l'on a recherché d'autres modes de traitement pour la compléter.

C'est dans les métastases inopérables que tous les deux, radium et rayons X, ont prouvé leur utilité. C'est après que de nombreux cas furent ainsi améliorés ou apparamment guéris, que les chirurgiens commencèrent à envoyer des malades pour irradiations prophylactiques post-opératoires.

L'irradiation pré-opératoire a été préconisée plus récemment. Mais cette méthode ne s'est pas généralisée.

L'irradiation pré-opératoire peut être donnée par des applications superficielles de radium ; par la télécuriethérapie ; par les rayons X. L'emploi de ces derniers semble être la méthode la plus satisfaisante. La dose doit être complète, mais insuffisante toutefois à endommager les tissus, ce qui pourrait empêcher la cicatrisation opératoire. L'opération sera faite quand la réaction a atteint

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

son maximum, ou reportée jusqu'à ce qu'elle soit terminée.

Comme adjuvant à l'opération, des aiguilles de radium pourront être incluses par le chirurgien, suivant les lignes du drainage lymphatique. Il serait préférable, logiquement, d'adopter cette technique avant l'opération et de laisser les réactions tissulaires se faire préalablement.

Quand on choisit l'implantation de radium de préférence à l'amputation chirurgicale, la technique doit suivre deux étapes. Dans un premier temps, les aiguilles seront insérées en tissu supposé normal, pour provoquer le développement d'une réaction périphérique, puis, dans un second temps, la tumeur elle-même sera implantée.

L'emploi des rayons X sur la plaie opératoire n'est pas considéré comme satisfaisant.

L'irradiation post-opératoire est beaucoup plus pratiquée. On peut faire :

Une application superficielle de radon ;

De la télécuriethérapie ;

L'implantation chirurgicale d'aiguilles de radium ;

Des rayons X.

Les méthodes les plus pratiquées sont l'application superficielle de radium et les rayons X. Toutes les deux ont donné de bons résultats. Mais il n'y a pas d'uniformité de technique. Parmi celles-ci :

*a*. Le traitement massif donné en une courte période ou en une seule séance ;

*b*. La méthode de saturation préconisée par Pfahler ;

*c*. Le traitement intermittent pour maintenir une action biologique continue, à intervalles choisis ;

*d*. La dose fractionnée et prolongée sur une longue période, un traitement local intensif étant réservé pour les récidives évidentes.

Toutes ces méthodes ont leur défenseur. Il serait utile d'établir dans chaque pays un organisme central, semblable à l'Institut britannique de radiologie existant en Angleterre, pour coordonner les statistiques, étudier les applications pratiques et les résultats des diverses méthodes, et par leur confrontation, se faire une opinion sur leur valeur.

RAPPORT N° 3. — **Exploration radiologique de l'appareil urinaire par excrétion de substances opaques.**

Par le professeur HANISCH (Hambourg).

La pyélographie par excrétion de substances opaques est devenue une méthode d'examen d'application générale, indolore, non toxique, et par là, sans danger.

L'abrodil avait quelques petits avantages sur l'uroselectan primitif. Actuellement l'uroselectan B est préférable. Le produit est introduit par la voie intraveineuse, les méthodes orale et rectale n'étant pas au point.

La pyélographie par excrétion n'est pas une méthode concurrente de la pyélographie par voie rétrograde. C'est seulement une méthode physiologique plus correcte. Elle peut être utilisée lorsque la pyélographie rétrograde s'avoue déficiente ou se trouve impraticable.

La méthode intraveineuse déçoit quant à la qualité des images. Elle est, à ce point de vue, inférieure à la pyélographie rétrograde. Elle convient fort peu à la représentation des rapports morphologiques. Pour un diagnostic de tumeur ou de tuberculose au début, il vaut mieux employer la méthode rétrograde.

Mais la pyélographie par excrétion rend possible, d'une façon rapide et simple, la preuve d'une fonction rénale normale, car dans ce cas l'opacité des ombres importe moins que l'apparition à horaire précis, du produit excrété. L'opacité peut même être plus grande dans un rein fonctionnant d'une façon défectueuse, à la suite d'obstruction ou de compression, par exemple, que dans un rein normal. Pour diagnostiquer une fonction défectueuse, c'est le retard d'apparition de l'ombre qu'il importe de déceler.

Le remplissage de la cavité pyélique par la substance opaque n'étant pas d'origine mécanique, puisqu'il ne traduit qu'un état dynamique, pourra montrer de petites défectuosités, d'où son infériorité pour déceler une tumeur soupçonnée extra ou intrarénale. La pyélographie par excrétion est tout aussi impropre à déceler des altérations tuberculeuses au début, tant que la nécrose et la pyélectasie ne sont pas avancées.

Pour représenter des états morphologiques, il faut un remplissage complet de la cavité pyélique et pour cela on peut comprimer l'uretère. Il vaut mieux avoir recours à la pyélographie rétrograde.

La méthode fait également défaut quand la fonction rénale est profondément altérée, par exemple dans une affection suppurante du parenchyme. Un retard de l'excrétion a lieu dans le cas d'un trouble fonctionnel ou d'une perturbation temporaire ou durable de la sécrétion rénale.

La pyélographie par excrétion a élargi notre connaissance sur l'anatomie et la physiologie des uretères. L'uretère peut montrer des courbures, des plis changeants, des mouvements latéraux d'oscillation, des variations de position et enfin des mouvements péristaltiques.

La vessie est toujours bien injectée et la pyélographie par excrétion offre ainsi un gros intérêt. L'étude de la rétention d'urine chez les prostatiques peut ainsi se faire sans cathétérisme, c'est-à-dire sans risque d'infection. Il suffit de faire faire un contrôle radiographique avant et après la miction. Toutes les fois que la cystocopie est impossible par suite de rétrécissements de l'urètre, ou par suite d'hémorragie vésicale, la méthode intraveineuse est d'un grand secours. De même dans les cas de fistules vésicales chez les enfants, les nouveaux nés et les vieillards.

Pour le diagnostic différentiel ou de siège des calculs, la pyélographie par excrétion ne présente pas l'intérêt qu'on a voulu lui donner. Par contre, elle est nécessaire pour apprécier l'état fonctionnel des reins avant toute intervention pour lithiase.

RAPPORT N° 4. — **La radiothérapie des affections inflammatoires.**

Par le professeur MILANI (Pérouse).

Un certain nombre d'affections inflammatoires, surtout localisées, subaiguës et aiguës sont justiciables de la radiothérapie.

La technique consiste à faire une irradiation directe du foyer inflammatoire, irradiation aussi précoce que possible, unique ou répétée si l'effet n'a pas été complet

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

On applique habituellement de petites doses. Il existe un optimum de la dose (environ 20 p. 100 de la dose érythème). Il ne s'agit d'ailleurs là que d'une base moyenne, variable dans certaines limites, selon l'affection, selon le cours chronique ou aigu de la lésion, selon l'âge de l'individu, selon la partie à irradier et enfin selon l'évolution.

A côté de cette radiothérapie directe du foyer, on a tenté une radiothérapie indirecte. Elle consiste, en irradiant la rate ou les épiphyses des os, à influencer à distance une lésion inflammatoire.

Les affections inflammatoires traitées avec avantage par la radiothérapie directe du foyer sont surtout les formes localisées aigües et subaigües. Les infections chroniques, spécialement les formes spécifiques (tuberculose, syphilis, actinomycose) donnent des résultats moins rapides et moins brillants. Les affections ainsi justiciables de la radiothérapie peuvent être classées en cinq grands groupes, qui naturellement chevauchent en partie, si l'on tient compte de l'étiologie :

1° Maladies suppuratives en général (cutanées, de l'appareil visuel, des oreilles et du nez, des dents et des maxillaires) ;

2° Affections inflammatoires des organes génitaux ;

3° Affections inflammatoires des os et des articulations ;

4° Affections broncho-pulmonaires ;

5° Affections du système nerveux.

Les furoncles, les anthrax, les abcès cutanés et les phlegmons représentent, par exemple, un champ de succès incontestables. Assez souvent on obtient la régression d'un furoncle d'une façon très rapide sans formation d'un bourbillon.

La radiothérapie indirecte a été tentée dans beaucoup de maladies, mais surtout dans la malaria aiguë, la tuberculose, les affections typhiques et para-typhiques. D'après les conclusions des divers auteurs, les résultats de la radiothérapie indirecte dans ces maladies ne sont pas concordants.

Les modifications qui suivent la radiothérapie directe ou indirecte des foyers inflammatoires peuvent être groupées en : modifications cliniques, modifications locales portant sur le foyer, modifications du sang en circulation, modifications humorales (indice opsonique, indice phagocytaire, etc.).

Ce sont surtout les modifications locales qui sont les plus faciles à constater. Des quatre facteurs principaux qui peuvent entrer en ligne de compte à propos de l'action locale, action des radiations sur la circulation locale, action de nécrobiose sur les cellules et absorption des protéines, action sur la phagocytose, action sur le réticulo-endothélium, les deux derniers peuvent être considérés comme n'en faisant qu'un. En effet, sous l'influence des radiations, les éléments du réticulo-endothélium paraissent stimulés. Leur prolifération entraîne la formation de faisceaux de fibroblastes qui dressent une barrière au processus d'infiltration et de nécrose et contribuent à la *restitutio ad integrum* du tissu.

## Communications.

Plus de 400 communications réparties en cinq sections furent faites au cours des journées du Congrès. Leur nombre et leur importance sont tels que nous ne pouvons pas avoir la prétention d'en donner, ainsi que des intéressantes discussions qu'elles provoquèrent, une analyse détaillée. Nous nous bornerons seulement à donner une vue d'ensemble du travail important qui se fit dans chacune des sections.

### SECTION I. — Radiodiagnostic.

La plus chargée en communications, cette section fut divisée en deux sous-sections, sous la présidence de MM. HARET et LOBLIGEOIS pour la sous-section A, de MM. AUBOURG et BARRET, pour la sous-section B.

#### GÉNÉRALITÉS.

*Comment faut-il regarder les images radiographiques?* — M. LEDOUX-LEBARD préconise, sous ce titre, l'examen des clichés en prenant pour base d'orientation la radioscopie.

*L'anatomie radiologique.* — M. P. VAN PEE. Dès le début des études médicales, l'étudiant devrait se familiariser avec l'aspect radiographique du squelette. L'anatomie radiologique s'apprendrait au cours de l'anatomie. L'élève serait ainsi préparé à comprendre les images pathologiques dont l'étude constitue l'objet essentiel du cours de radiodiagnostic.

*La radioscopie pré-opératoire systématique* 1912-1931. — MM. LEDOUX-LEBARD et GOSSET ont appliqué l'examen radioscopique systématiquement à tous leurs futurs opérés. Cet examen a pu, dans quelques cas, modifier le diagnostic, faire renoncer à l'intervention, modifier le mode d'anesthésie, augmenter les soins de vigilance post-opératoires, etc.

*Radio-géométrie du médiastin.* — M. DE ABREU. Rappel de multiples travaux antérieurs dans lesquels est mis en évidence le rôle important de la cavité pneumatique pulmonaire dans la formation des images du médiastin.

#### CŒUR ET VAISSEAUX.

*Sur une technique précise de téléradiographie cardiaque.* — M. J. SURMONT. La radiographie cardiaque est la seule méthode vraiment précise. Par des index opaques, on marque sur le film le point G et le rayon normal. La téléradiographie prise à $1^{m},50$ est aussi valable qu'une prise à 3 mètres, à condition d'apporter les corrections nécessaires aux diamètres. Enfin la téléradiographie sera prise au moment de la diastole.

*Erosions vertébrales par anévrysme.* — M. d'ISTRIA présente une série de cas où les érosions vertébrales par anévrysme étaient les seuls signes permettant le diagnostic.

#### ŒSOPHAGE.

*A propos du méga-œsophage et du mégacôlon.* — MM. BALLI et BIGNAMI pensent que le méga-œsophage est dû à une incoordination fonctionnelle du vague, à un défaut de stimulus du côté de la paroi œsophagienne avec ouverture tardive et incomplète du cardia. De même, le mégacôlon serait imputable à un défaut de stimulus à l'activité motrice de l'intestin.

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

ESTOMAC.

*Etude expérimentale des plis de la muqueuse digestive.* — MM. H. BÉCLÈRE et P. PORCHER. Les auteurs ont prélevé les différents organes du tube digestif d'un sujet décédé pour une affection indépendante du tube digestif. Après nettoyage complet de la muqueuse de ces organes, ils en ont pris des radiographies après remplissage par de l'air ou un liquide. Ils se servent des renseignements morphologiques ainsi obtenus comme d'un atlas pour l'étude ultérieure des aspects anormaux.

*Dispositif de vaporisation de substances opaques dans l'estomac préalablement insufflé.* — MM. PORCHER et BÉCLÈRE. Un tube d'Einhorn est terminé par une olive métallique qui comprend, d'une part un orifice destiné à l'insufflation préalable de l'estomac, d'autre part des trous multiples ne communiquant pas avec l'orifice précédent, et permettant, après le contrôle radioscopique, de vaporiser dans l'estomac une substance adhérente opaque aux rayons X.

*Notre expérience de la radiographie des plis de la muqueuse gastrique.* — MM. GUNSETT et SICHEL. Les auteurs commencent par l'examen des plis avec une très faible quantité de lactobaryt, puis terminent par l'examen ordinaire en silhouette.

*Modifications de la disposition des plis normaux de la muqueuse gastrique dans le mouvement de « ventre creux ».* — MM. J.-Ch. ROUX, Pierre DUVAL et H. BÉCLÈRE. En présence d'un aspect suspect des plis de la muqueuse sur certains clichés, la prise de nouveaux clichés au moment où le sujet fait « ventre creux » permet d'enregistrer un aspect en accordéon de ces plis et la disparition de l'orientation suspecte.

*Les plis de la muqueuse gastrique. Etude comparative de leur expression radiologique, des aspects macroscopiques et des lésions histologiques.* — MM. Pierre DUVAL, J.-Ch. ROUX, H. BÉCLÈRE et F. MOUTIER. Les mêmes aspects macroscopiques et radiologiques correspondent à des aspects histologiques très variables, normaux et pathologiques.

*Nouvelle iconographie de la méthode combinée dans l'examen de l'estomac.* — M. VALLEBONA. Technique simple, déjà publiée par l'auteur. Elle consiste en l'administration de la substance opaque, suivie d'une ingestion de poudres effervescentes.

*L'unification du repas opaque en gastro-entérologie.* — MM. GUÉNAUX et VASSELLE préconisent le repas suivant qu'ils utilisent depuis douze ans :

| | | |
|---|---|---|
| Sulfate de baryum crémeux... | 200 | grammes. |
| Chocolat soluble............ | 20 | — |
| Eau chaude................ | 60 | centimètres cubes. |

*Au sujet de la sinistro-position de l'antre et du pylore.* — MM. GRABOWSKI et HILAROWICZ.

*Radiologie de l'ulcère perforé.* — MM. TAPHANEL, PORCHER, H. BÉCLÈRE. Examen d'urgence d'un intérêt précieux, mais peu pratiqué. Les auteurs rapportent à ce sujet une observation édifiante.

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

*Les déformations gastriques à la suite des processus inflammatoires concomitants avec les ulcères gastro-duodénaux.* — M. MENENDEZ.

*De certains spasmes localisés de la région pylorique et duodénale révélés par la radiologie ; leur interprétation.* — MM. LENOIR, GILSON, M. et Mlle PARMENTIER. Les auteurs étudient trois formes de spasmes :

1° Un spasme persistant de la grande courbure dans la région de l'antre, traduisant un ulcère à distance ;

2° Un aspect de la région pylorique en « bec de cafetière », traduisant, soit une lésion de voisinage (ulcus, cholécystite), soit une gastrite syphilitique ;

3° Un spasme de duodénite correspondant à des lésions du carrefour.

*Diagnostic radiographique des complications de la gastro-entérostomie.* — M. GUTMANN. La radiologie permet essentiellement de distinguer les diverses complications de la gastro-entérostomie. On peut avoir :

1° Persistance d'une lésion extra-gastrique autre que celle qui a motivé l'opération ;

2° Troubles fonctionnels, dyspepsie, diarrhée, stase duodénale ;

3° Adhérences ;

4° Lésions muqueuses, gastrite, duodénite, jéjunite ;

5° Reviviscence de l'ancien ulcère ou formation d'un nouvel ulcère ;

6° Cancer.

*Petites et grandes dilatations des viscères.* — M. VŒGE. La pathogénie des dilatations des viscères creux n'est pas unique. Il y a en réalité des dilatations congénitales et des élargissements acquis.

*Diagnostic radiologique des périviscérites.* — MM. PIOT, GOUBERT et PICARDA. Suivant les préceptes de Lardennois, le diagnostic des périviscérites nécessite un examen méthodique. C'est essentiellement un examen radioscopique complet et répété à de nombreuses reprises. Néanmoins, le radiologiste devra tenir compte que l'intervention révélera toujours des lésions anatomiques plus étendues que celles révélées sur l'écran.

INTESTIN GRÊLE.

*Hémorragies du tube digestif et radiodiagnostic.* — M. H.-L.-J. COLANERI n'envisage dans son étude que les hémorragies uniques, foudroyantes, survenant chez des sujets en pleine santé apparente. Le plus souvent, le radiologiste ne trouve aucun signe direct. Seuls sont à considérer les signes indirects. D'où, être prudent dans l'interprétation des résultats et répéter les examens.

*Diverticulose duodénale.* — MM. TORRES, CARRERAS et BOSCH-SOLA. Histoire clinique et radiologique d'un cas typique de diverticulose.

*Sur la représentation radiographique de la région de Vater.* — M. BUSI pense que les diverses représentations radiographiques de la région de Vater ne représentent que des moments fonctionnels différents.

*De l'existence de certaines images anormales de l'intestin grêle et de leur signification en radiodiagnostic.* — M. BINEO

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

a rencontré des images anormales constituées par des anses plus ou moins dilatées et prises entre deux spasmes, l'ensemble ayant l'aspect d'une chaîne de boudin. Le plus souvent il s'agit de périviscérite.

*La radiologie du grêle terminal* (*l'anse iléale précæcale*). — MM. GATELLIER, F. MOUTIER et P. PORCHER. — Les variations topographiques de la dernière anse grêle peuvent être considérées comme signe de périviscérite, mais on ne peut leur attribuer une valeur pathognomonique d'appendicite chronique.

GROS INTESTIN.

*Appendicite et périduodénite.* — M. PERONA. Étude de la périviscérite cæco-duodénale.

*Les résultats radiologiques de l'exploration cæco-appendiculaire après ingestion de sulfate de baryum.* — MM. R. NADAL et J. BELOT. — La radioscopie nous renseigne sur le siège, la localisation douloureuse, la mobilité viscérale dans les affections cæco-appendiculaires. A distancer elle nous permet d'étudier les troubles réflexes, de groupedes syndromes viscéraux qui aideront à préciser l'étiologie. Mais cet examen doit être complété par la radiographie ; celle-ci montre la constance des images atypiques et en précise la forme.

*L'importance diagnostique de l'examen radiologique des plis de la muqueuse du gros intestin.* — M. GYORGYI. On trouve dans les colites catarrhales une structure granuleuse de certaines parties du gros intestin, démontrant une pseudo-polypose inflammatoire. Dans les constipations spastiques, les plis du côlon droit, du pelvien et même du transverse sont expressément transversaux.

*Le relief de la muqueuse intestinale dans les processus pathologiques non infectieux et non tumoraux.* — M. FLEISCHNER.

*Quelques précisions apportées par la stéréoradiographie sur l'anatomie des côlons chez l'adulte.* — MM. H. SURMONT, J. SURMONT et J. TIPREZ. La stéréo appliquée au gros intestin permet de préciser la disposition des angles, connaissance dont bénéficie parfois la technique chirurgicale des cæcopexies.

*Sur deux cas, l'un de fistule iléo-colique, l'autre de fistule gastro-colique.* — MM. ROSSELET et MENGIS. Description détaillée de deux intéressantes observations de fistules.

*L'expression radiologique du spasme colique.* — MM. MOUTIER, P. PORCHER, J. GATELLIER. L'interprétation des spasmes doit être absolument prudente. Les auteurs étudient particulièrement le spasme fixe, détecteur de lésions pariétales.

*Sur la valeur pathologique du gaz dans le côlon.* — M. PECCININO. L'auteur aborde l'étude des gaz, de leur répartition, de leur accumulation dans certaines régions du côlon, et en tire des déductions diagnostiques importantes.

FOIE, VÉSICULE, RATE.

*Les variations volumétriques du foie à l'adrénaline.* — MM. BENHAMOU et MARCHIONI. Il y a une hépato

(Suite à la page VIII).

rétraction à l'adrénaline, comme il y a une splénorétraction. Ce phénomène est constant chez l'homme. Il commence dès les premières minutes, atteint son acmé vers la trentième, reste stationnaire quelques minutes, puis décroît pour revenir à l'état antérieur, une heure et demie environ après l'injection. Il y a hépatorétraction positive dans les foies congestifs (foie paludéen, foie cardiaque, etc.), alors qu'elle est négative dans les hépatites scléreuses (foie de Laennec, de Banti, etc.).

*Angiomes multiples hépato-spléniques calcifiés.* — M. Ponzio. Constatations de plaques morulaires au niveau du foie et de la rate chez une jeune fille de vingt ans. Quoiqu'il n'y ait pas eu de contrôle direct, l'auteur attribue ces taches à des angiomes calcifiés

*L'exploration radiologique des voies biliaires à l'aide du lipiodol dans les pancréatites aiguës.* — M. Aimé. Le drainage de la loge pancréatique, dans les pancréatites aiguës, est souvent complété par un drainage de la vésicule biliaire. Par le drain resté en place, l'auteur a injecté du lipiodol et observé la progression du liquide opaque dans les voies biliaires. Il y a, à un moment donné, une sorte d'aspiration du liquide dans le cholédoque due aux ondulations péristaltiques des canaux biliaires et aux mouvements de la musculeuse du duodénum.

*Les images cholécystographiques des malformations congénitales de la vésicule biliaire.* — M. Sigmund. Dans cette communication, l'auteur étudie les diverses malformations congénitales de la vésicule et les compare à des déformations analogues acquises.

*Sur l'examen radiologique de la vésicule biliaire.* — M. A. Némours n'emploie que la voie intraveineuse, qui ne lui a jamais donné d'ennuis. Pour lui, il est nécessaire d'étudier le remplissage et l'évacuation de la vésicule.

*Cholécystographie par voie buccale.* — MM. Stewart et Illick insistent sur les détails de technique qui leur permettent des résultats particulièrement précieux dans le diagnostic des lésions du carrefour sous-hépatique.

*Cent cas de cholécystographie (étude statistique et critique).* — M. Kriticos utilise la voie intraveineuse et fait une étude critique de l'élimination par le foie du produit, ainsi que les conditions de son entrée et de sa concentration dans la vésicule.

*Observations de cholécystite chronique en relation avec la régurgitation duodénale intermittente et la stase duodénale.* — M. Johannesson.

*Cholecystatonie et vésicule fraise.* — M. Rossi. La vésicule atonique est agrandie et a la forme d'une banane. Elle est pâle, d'une façon uniforme, et se laisse facilement déformer par des empreintes pyloro-duodénales, hépatiques ou rénales. La vésicule fraise est tantôt agrandie, tantôt d'un volume normal ou réduit. Elle peut prendre un aspect auréolé ou tigré.

*Hépatosplénographie par administration intraveineuse d'une substance colloïdale à base de thorium (thorotrast).* — M. Kadrnka. — Le produit injecté entraîne l'opacification de la rate et du foie et donne des renseignements cliniques précieux.

## Appareil génital féminin.

*Hystéro-salpingographie et stérilité féminine.* — M. Claude Béclère. L'intérêt de l'hystéro-salpingographie réside surtout dans le diagnostic et la thérapeutique de la stérilité. Elle permet de juger si les trompes sont perméables ou non et permet d'orienter la patiente vers une thérapeutique efficace. Le lipiodol est le liquide de choix pour cette exploration.

## Crane et rachis.

*Observations cliniques et radiologiques des sinus nasaux accessoires.* — M. Bundy Allen.

*Néoplasies secondaires des parois de l'orbite et de la petite aile du sphénoïde ; leurs aspects radiologiques.* — MM. M. David et L. Stuhl. Les parois osseuses de l'orbite, la petite aile du sphénoïde, en particulier, semblent un lieu d'élection des métastases craniennes des cancers viscéraux. Les auteurs discutent le diagnostic radiologique de ces lésions métastatiques en les illustrant par les observations de malades opérés.

*Exploration radiologique du rocher.* — MM. Maingot et Sourice ont, avec Moret, étudié un dispositif pour l'exploration radiologique de la mastoïde et des cavités pneumatiques de l'oreille. Ne revenant pas sur la question des incidences, ils se sont seulement efforcés d'améliorer la technique.

*Pratique et avantages de l'emploi de l'incidence sagittale oblique antéro-postérieure dans l'étude radiologique comparative des apophyses mastoïdes.* — M. Crespellani. — Grâce à un appareil goniométrique que décrit l'auteur, celui-ci peut obtenir les deux mastoïdes en sagittale oblique sur le même film 13 × 18, ce qui facilite la lecture comparative.

*L'étude des variations des os de la base du crâne et de leur signification au point de vue de l'examen radiologique.* — M. Bert. L'étude radiologique du crâne ne peut être faite qu'après une longue étude comparative des variations de os de la base.

*Du diagnostic radiologique de la syphilis vertébrale.* — M. Sgalitzer.

## Membres.

*Téléradiographie, avec écrans, du squelette des membres à l'aide de rayons peu pénétrants.* — MM. Dupouy, H. Béclère, P. Porcher et Taphanel. Les auteurs donnent les résultats obtenus avec la technique du Dr Gay, consistant à prendre les radiographies des membres à l'aide de rayons dont la pénétration équivaut à 6 centimètres d'étincelle équivalente, et avec une grande distance focale (supérieure à 1 mètre). Ces résultats sont excellents.

*Sur les applications de la géométrie descriptive à la radioscopie ; leur emploi dans la pratique de la réduction des fractures et des luxations des membres et de l'extraction des corps étrangers opaques aux rayons X.* — M. Bouchacourt rappelle ses premières tentatives d'adaptation des principes élémentaires de la géométrie descriptive à la recherche des corps étrangers, puis décrit le meuble Coolidge construit à la demande du Dr Pascalis, qui rend pratique cette méthode en utilisant deux ampoules. Elle permet le repérage facile des corps étrangers et la réduction des fractures sous l'écran.

*Radiographie du col fémoral de profil et orthopédie* —

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

M. DUCROQUET. L'auteur rappelle sa technique de radiographie de la hanche de profil (ampoule et plaque comme pour la hanche de face, cuisse fléchie à 90° et abduction de 30°). Cette pratique a permis à l'auteur d'orienter certains traitements orthopédiques.

*Sur un cas de tuberculose primitive de la rotule.* — M. BERMOND. La rareté de cette observation provient en réalité de ce qu'on néglige trop fréquemment l'examen radiologique.

*Evolution radiologique des tuberculoses osseuses et ostéo-articulaires.* — M. SORREL, Mme SORREL, M. PARIN. A chaque stade anatomique de la tuberculose osseuse correspond une image radiographique spéciale. L'examen d'une radiographie permet donc de dire quel est l'âge d'une lésion et à quelle étape elle est arrivée.

PATHOLOGIE OSSEUSE.

*Un exemple d'image röngtengraphique de l'ostéomyélite et périostite albumineuse.* — M. REVIGLIO.

*L'arthrite goutteuse, contribution à l'étude du rhumatisme goutteux.* — MM. M.-P. WEIL et DÉTRÉ. La démarcation que l'on s'est efforcé de creuser entre « goutte » et « rhumatisme » est beaucoup moins absolue qu'il n'est généralement admis. Au point de vue radiologique on trouve souvent identité de lésions.

*Localisations osseuses au cours de la granulomatose maligne.* — MM. KIMPEL et J. BELOT. — Les localisations osseuses de la lymphogranulomatose sont fréquentes. Les os les plus exposés sont les os plats et courts. C'est ainsi que les vertèbres cervico-dorsales et dorso-lombaires, le manubrium sternal et le pourtour des articulations sacro-iliaques sont des lieux d'élection.

*Métastases osseuses d'un néoplasme thyroïdien.* — MM. G. HARET et DUVAL Intéressante observation dans laquelle une malade atteinte de goitre voit survenir plusieurs métastases que la radiographie fait découvrir. Malgré le traitement radiothérapique, l'évolution de ces métastases ne put être arrêtée.

LARYNX ET TRACHÉE.

*Utilisation du radiodiagnostic au cours de la röntgenthérapie des cancers du larynx et de l'hypopharynx.* — MM. COUTARD et BACLESSE. La radiographie permet de déceler certains cancers du ventricule de Morgagni, du fond des gouttières pharyngo-laryngées, du chaton cricoïdien, de la paroi pharyngée postérieure, difficilement visibles au miroir. Au cours du traitement, les radiographies répétées sont une source de renseignements multiples.

*Du diagnostic de la partie inférieure de la trachée et des bronches.* — M. POHL.

APPAREIL PULMONAIRE.

*Le rôle social du radiodiagnostic dans le dépistage de la tuberculose pulmonaire.* — MM. THOYER-ROZAT et L. DELHERM proposent, pour que le dépistage soit aussi précoce et aussi intégral que possible, de rendre systématique et obligatoire l'examen clinique et radiologique du thorax à différentes étapes de la vie :

*a.* Chez l'enfant, à l'école, par un examen annuel ;

*b.* Chez l'adulte :

1° A l'accès aux grandes écoles, administrations et entreprises industrielles ;

2° A l'occasion du service militaire (conseil de revision) ;

3° Au moment du mariage (examen pré-nuptial).

*Exploration radiologique des cavernes pulmonaires par injection de lipiodol transpariétale.* — MM. AMEUILLE et DARBOIS. L'injection de lipiodol par voie transpariétale dans une caverne pulmonaire est facile et réalise des images contrastées qui permettent d'étudier la forme, le volume, les réactions de la paroi, suivant les efforts respiratoires, le mode de drainage de la cavité, puis le cheminement du liquide expulsé dans les bronches.

*L'importance de l'examen radiologique pour la technique du pneumothorax artificiel.* — MM. KASS et SZYMANSKI. Etude importante des indications et de la surveillance du pneumothorax à l'aide de l'examen radiologique.

*Radiographie du thorax de profil chez l'enfant.* — M. CHÉRON, reprenant les travaux d'ARMAND-DELILLE et de LESTOCQUOY sur l'adénopathie trachéo-bronchique chez l'enfant, insiste sur la nécessité de la radiographie de profil.

*Contribution à l'étude du renforcement du dessin pulmonaire normal et pathologique.* — M. MARAGLIANO. Le dessin pulmonaire peut être actuellement obtenu sur les radiographies jusque dans ses moindres détails. Il est, par suite, difficile de différencier certaines images vasculaires des foyers micronodulaires. L'examen sous plusieurs incidences est la seule technique permettant cette différenciation.

*Le remaniement nosologique de la dilatation des bronches par l'application systématique du lipiodo-diagnostic.* — MM. SERGENT, P. COTTENOT, COUVREUX et POUMEAU-DELILLE. La bronchiectasie est beaucoup plus fréquente qu'on ne le pensait autrefois. Les images cylindriques et moniliformes appartiennent aux bronchopneumonies traînantes ; les images sacciformes indiquent un processus péribronchique étendu. Les auteurs terminent en citant les applications thérapeutiques multiples qui découlent de ces observations.

*Le diagnostic radiologique des abcès du poumon.* — M. LAZEANU.

*Les éléments radiologiques dans le diagnostic du cancer primitif du poumon.* — M. HUGUENIN. L'étude radiologique dans la recherche du cancer du poumon apporte des éléments de quasi-certitude. L'étude doit être double (écran et film, lipiodol intrabronchique).

*Diagnostic radiologique du cancer du poumon.* — MM. HICHEL et BELOT. Le cancer du poumon peut se présenter sous plusieurs aspects : forme nodulaire ; image arrondie ; forme lobaire ; forme médiastino-pulmonaire ; forme cavitaire ; forme pleurale.

PLÈVRES.

*A propos des images radiologiques dans les calcifications pleurales.* — MM. LAMARQUE et BÉTOULIÈRES. Le diagnostic se fait par la localisation, la forme et le degré d'opacité.

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

APPAREIL URINAIRE.

*Nouvelles observations sur l'urographie endoveineuse.* — M. GIOVETTI. La méthode complète admirablement la pyélographie par voie rétrograde.

*Méthodes urographiques descendante et ascendante comparées dans l'appréciation morphologique des cavités réno-urétérales.* — M. BIANCHINI.

*Etude comparative des pyélographies intraveineuse et instrumentale.* — MM. LEGUEU, B. FEY et P. TRUCHOT. Les résultats des observations des auteurs sont les suivantes :

Au point de vue de la sécrétion, la pyélographie intraveineuse est absolument infidèle. Au point de vue de la morphologie, la pyélographie intraveineuse donne de bons résultats, mais moins bons que par l'ancienne méthode. Au point de vue de l'excrétion, la pyélographie intraveineuse ne permet pas l'étude de la motricité pyélique et urétérale.

*Résultats cliniques de l'urétéro-pyélographie rétrograde ou ascendante d'après 650 cas.* — M. CHEVASSU. Très facilement supportée, beaucoup plus instructive que la pyélographie, utilisable même chez les sujets dout l'uretère ne se laisse pas franchir par une sonde urétérale, l'urétéro-pyélographie rétrograde, par l'étude de l'uretère qu'elle permet, apporte un important complément à l'exploration radiographique de l'appareil urinaire.

*Signes radiologiques de la bilharziose urinaire.* — M. AFIFI.

*L'exploration radiologique de l'urètre à l'aide du lipiodol, urétrographie.* — MM. F. LEPENNETIER et J. BELOT exposent d'abord leur technique qui consiste à injecter du lipiodol, le sujet étant sur la table d'examen, et à prendre deux clichés, un de face et un de profil. Les radiographies permettent de préciser l'existence, le siège de rétrécissements, diverticules et affectious prostatiques et des vésicules séminales.

SYSTÈME NERVEUX.

*Les causes d'erreurs dans l'épreuve du lipiodo-diagnostic rachi-médullaire.* — MM. HAGUENAU et GALLY. On a reproché à l'épreuve une irrégularité, génératrice de diagnostics erronés. Mais cette irrégularité provient d'erreurs de technique qui peuvent être classées sous quatre chefs :

Erreurs dues à un mauvais échantillou de lipiodol ;

Erreurs dues à une injection mal faite ;

Erreurs dues à une exploration radiologique mal conduite ;

Erreurs dues à une interprétation douteuse.

*Pneumo-ventriculographie cérébrale.* — M. LOURET. — Indication de la technique de Laruelle, pratiquée au centre neurologique de Bruxelles, avec résultats.

*Contribution à l'étude du diagnostic radiologique des tumeurs cérébrales.* — MM. BISSON et GUILLAUME Présentatiou de clichés.

*Les calcifications dans les tumeurs cérébrales.* — MM. STUHL, DAVID, P. PUECH, M. BRUN. Ces calcifications permettant le diagnostic de tumeurs cérébrales, contrôlées opératoirement, sont plus fréquentes dans les tumeurs de la poche de Rathke, les tubercules et les méningiomes.

*Modifications osseuses dans les gliomes encéphaliques.* — MM. P. PUECH, P. BERDET, P. THOYER-ROZAT, P.-H. CODET. Ces modifications sont de deux sortes. Elles peuvent être diffuses, disjonctiou des sutures, impressions digitales. Elles sont liées avant tout à l'hypertension intracranienne. Elles peuvent être localisées et siègent au voisinage de la tumeur. DEVOIS.

## LIGUE BELGE CONTRE LE RHUMATISME

*Assemblée générale du 21 juin 1931.*

PROFESSEUR VERHOOGEN. — Durant l'année sociale écoulée, l'étude du rhumatisme s'est poursuivie, des travaux importants ont été présentés au Congrès du rhumatisme à Liége en 1930.

Les *Acta rheumatologica* ont enregistré de nombreux travaux.

On vient de créer un centre de médecine préventive à Bruxelles, auquel collaborera la Ligue belge coutre le rhumatisme.

La Ligue française vient de créer un nouvel organe et espère la collaboration belge.

M. Verhoogen souhaite la bienvenue à M. le professeur de Nobele, nouveau président de la Ligue.

PROFESSEUR DE NOBELE. — Rend hommage à MM. Verhoogen et Gunzburg. Sans appui officiel, lui et M. Gunzburg ont pu créer la Ligue belge.

On combat actuellement efficacement syphilis, tuberculose et cancer, mais le rhumatisme, grave par son extension, par les invalidités qu'il provoque, n'a été que peu combattu jusqu'à présent.

On a créé une Ligue internationale, dont la Ligue belge est une filiale.

M. de Nobele propose d'activer la propagande de la Ligue dans la population. Il fait appel à la grande presse. On pourrait enfin demander la reconnaissance officielle de la Ligue. Les Pouvoirs publics pourraient nous y aider, mais cette aide ne peut se faire actuellement, étant considéré l'état social des finances du gouvernement.

Le Conseil supérieur d'hygiène pourrait nous accueillir dans son sein, à côté des autres ligues. Nous devons enfin obtenir la personnalité civile, afin de pouvoir obtenir des concours financiers de sociétés diverses.

Dr VAN BREEMEN. — Dans son allocution, souligne les travaux importants de la Ligue internationale contre le rhumatisme. Envoie des souhaits à la Ligue belge.

PROFESSEUR GUNZBURG. — Voici quatre ans d'existence de la Ligue belge.

Souligne l'importance des invalidités dues au rhumatisme : 10 p. 100 des cas.

Faire comprendre la nécessité de la lutte a été difficile,

On vient de créer des centres antirhumatismaux à Liége et à Anvers ; à Bruxelles, plus de 1 000 cas ont été traités.

13 p. 100 de rhumatisme avec impotence ; 40 p. 100 de rhumatisme chronique non infectieux (déformations, spondylites et ostéo-chondrites de la hanche. 20 névralgies rhumatismales, 10 p. 100 de musculaires.

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Les femmes prédominent dans les formes déformantes, les hommes dans les névralgies rhumatismales.

Les gens se présentent en général plus tôt aux consultations.

Le Congrès de Liége a été un succès.

Un formulaire d'examen préventif contre le rhumatisme a été élaboré. Des consuls seront nommés dans tout le pays.

Des recherches nombreuses ont été entreprises dans les centres et ailleurs.

Le tissu conjonctif semble être le point de départ de l'affection rhumatismale, avec atteintes secondaires des muscles et des articulations.

Les essais thérapeutiques fondés sur ces travaux sont encourageants.

M. Gunzburg relate trois cas de rhumatisme généralisé avec ankylose complète.

Le traitement par air chaud, ultra-violets et traitements locaux a pu rendre une activité notable à ces malades.

M. Gunzburg fait appel à tous pour la poursuite de la lutte.

Dr VAN HOUTEGHEM. — *Les troubles sanguins et cutanés dans le rhumatisme chronique.*

Les troubles de la peau. La morphologie des capillaires a été étudiée par la capillaroscopie. L'auteur décrit la forme des capillaires normaux, particulièrement les capillaires artériels, anse moyenne, capillaires veineux.

Weil a fait des expériences de déficience et sufficience capillaires.

Vanderspek a étudié le fonctionnement des capillaires dans les affections du cœur et des reins. Cet auteur a créé une épreuve artérielle dans le rhumatisme. M. Van Houteghem a fait cette épreuve chez les rhumatisants, épreuve fonctionnelle. On comprime à l'aide d'une manchette la deuxième phalange et on observe les capillaires de la matrice onguéale, jusqu'à une pression maximale.

Après avoir vidé la circulation capillaire, on relâche la tension supérieure et on observe la tension de la circulation minimiale dans les capillaires.

Pour les cas de circulation pathologiques, les chiffres de tension de circulation capillaire diffèrent, alors qu'à l'état normal les chiffres sont les mêmes.

La tension de la peau est enfin étudiée concurremment à l'étude des pressions où la circulation s'amorce et se termine dans les capillaires.

La sédimentation des globules rouges a été étudiée.

A des anomalies morphologiques des capillaires, correspondent dans beaucoup de cas des troubles de la sédimentation.

Les cas de polyarthrite généralisée chronique sont les plus troublés au point de vue des résultats (concomitance de l'épreuve des capillaires et de la température cutanée; de la sédimentation et de l'épreuve capillaire).

Dr DE BERSAQUES. — *Pathogénie et traitement du rhumatisme.*

Parmi les rhumatisants, les hommes font les formes graves de trente-cinq à cinquante-cinq ans. Chez les femmes, les formes graves apparaissent après la cinquantaine. La question de terminologie est des plus importante. Les recherches sérologiques (B.G.S., gonoréaction) sont des plus importantes.

L'auteur présente plusieurs cas très suggestifs à ce sujet.

Il existe des arthrites, des algies, véritables pseudorhumatismes infectieux.

Le cadre propre du rhumatisme chronique se débarrasse ainsi.

La vogue des foyers d'infection perd du terrain aux États-Unis et en Angleterre.

Au point de vue pathologique, une intoxication endogène ou exogène, une diathèse, un terrain, le régime ont leur influence.

La diathèse rhumatismale a été étudiée par l'auteur et par d'autres.

L'étude du calcium sanguin n'a pas donné de résultats intéressants.

L'étude de l'uricémie a été faite; dans 50 p. 100 de cas, les chiffres furent pathologiques.

La glycémie fut anormale dans 20 p. 100 des cas examinés.

L'expérience de l'hyperglycémie provoquée fut souvent anormale chez les rhumatisants.

La nature du trouble du métabolisme des hydrates de carbone est à interpréter. Le pancréas semble à éliminer.

Le foie semble à la base des troubles du rhumatisme chronique.

Les troubles circulatoires ne se vérifient que chez les hépatiques.

Les troubles endocriniens sont difficiles à déceler.

L'auteur signale notamment l'utilité des régimes.

L'étude de l'urée, de l'acide urique et du glucose en épreuves physiologiques provoquées doit être poursuivie pour dénoter la part active du foie dans la pathogénie du rhumatisme.

L'auteur a étudié l'action nulle du salicylate, et active de l'atophan, qui a une action nette sur la cellule hépatique.

En résumé, les traitements hépatiques sont à préconiser et à poursuivre.

---

## LXIVe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

### L'hérédité en ophtalmologie.

Rapport de M. VAN DUYSE (Gand).

Le rapport de M. Van Duyse sur cette question très vaste de l'hérédité en ophtalmologie est divisé en deux parties que l'auteur a faites d'égale importance : 1° l'hérédité en général et sa pathogénie, et 2° l'héédité des affections oculaires elles-mêmes.

M. Van Duyse nous rappelle que si les expériences bien connues de Grégor Mendel et les lois de l'hybridation, depuis l'époque où elles furent redécouvertes par de Vries, Correns, Tchernak, restent à la base de la science de l'hérédité, nos connaissances doivent être en réalité complétées et mises en regard de notions plus récentes concernant l'anatomie et la physiologie de la fécondation.

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

L'étude de la réduction de l'échange et de la distribution des chromosomes dans les cellules sexuelles doivent venir compléter, par exemple, les premières constatations faites, telles que la disjonction des caractères héréditaires et le calcul des probabilités appliqué aux observations statistiques. L'auteur passe rapidement en revue les théories concernant le mécanisme de l'hérédité, les problèmes du sexe et de l'hérédité, les chromosomes sexuels.

Il faut reconnaître que ces notions théoriques sont encore loin d'être applicables en clinique, et cependant, d'après Van Duyse, nous pourrons les utiliser dans une certaine mesure, nous pourrons dire ou présumer d'une part le caractère dominant de la maladie et si, dans une même famille atteinte, les malades seront bien seuls susceptibles de transmettre le caractère héréditaire en question, ou d'autre part s'il est récessif (RR) auquel cas le caractère disparaît chez les enfants si l'autre conjoint est complètement sain (DD) ou reparaîtra à la deuxième génération dans la proportion de 50 p. 100 si les deux conjoints sont hétérozygotes (ou hybrides, DR).

Dans la deuxième partie du travail, M. Van Duyse s'efforce de donner une classification complète des différentes maladies ophtalmologiques envisagées du point de vue des types héréditaires : 1° dominants ; 2° récessifs ; 3° à hérédité matriarcale, et en étudie soigneusement les caractéristiques héréditaires. En ce qui concerne le premier groupe, la maladie la mieux connue, et en réalité la mieux connue de toutes à cet égard est l'hespéranopie héréditaire ou maladie de Truc-Nettleship-Capion observée à travers sept générations et 629 individus (famille des Nougaret). Elle se transmet comme un caractère mendélien dominant. Deux autres formes d'hespéranopie accompagnées de myopie se transmettraient au contraire suivant le caractère récessif.

Dans ce premier groupe il faut également classer les cataractes congénitales à point de départ sur le noyau embryonnaire et localisables à la lampe à fente, de même tout un groupe d'affections cornéennes rares rassemblées sous le nom de dégénérescence familiale de la cornée (kératite nodulaire de Fuchs, kératite du grillage, etc.) auquel il faudrait ajouter la maladie de Van der Hove (sclérotiques bleues, fragilité osseuse, otosclérose). Plus douteuse semble être la classification dans ce groupe d'hérédité mendélienne dominante, de certains cas de glaucomes infantiles et juvéniles et de certaines affections héréditaires de l'appareil lacrymal.

L'auteur décrit l'albinisme dans ses différentes modalités comme un exemple typique du deuxième groupe (type récessif de Mendel). Mais il faudrait aussi classer ici la dégénérescence rétinienne pigmentaire, la dégénérescence maculaire familiale de Stargardt, à propos de laquelle l'auteur semble se rallier à la théorie abiotrophique ou théorie de l'usure des Américains, et admettre des lésions primitives siégeant au niveau du neuro-épithélium rétinien. La maladie de Oguchi, que H. Lagrange classait aussi dans les hespéranopies et où l'examen microscopique a montré une répartition spéciale des cônes et des bâtonnets et des lésions de l'épithélium pigmenté, se transmettrait comme un caractère récessif simple.

De même la maladie de Waren-Tay Sachs où l'on a retrouvé des lésions disséminées des cellules ganglionnaires, et sa forme juvénile (maladie de Vogt-Spielmeyer) se transmettraient suivant ce type mendélien.

A côté de ces groupes dominant et récessif, M. Van Duyse prend pour type du troisième groupe (maladies familiales à hérédité matriarcale) le daltonisme, qu'il s'agisse en réalité d'achromatopsie totale à caractère récessif ou d'archromatopsie partielle, ou enfin de dyschromatopsie dont le type bien connu est l'anérythropsie. Les pères transmettent l'affection aux petits-fils par l'intermédiaire des filles indemnes, comme dans l'hémophilie. Il s'agit là d'un caractère récessif lié au sexe.

De même le nystagmus essentiel familial congénital (nystagmus myoclonie) serait à caractère récessif lié au sexe. L'auteur discute le rôle possible et encore mal élucidé de l'hérédité dans certains colobomes, dans certaines malformations congénitales, iriennes, palpébrales, etc. Il en arrive à l'étude de la transmission héréditaire des vices de réfraction et en particulier de la myopie qui se transmettrait dans certaines observations tantôt suivant le mode dominant, tantôt suivant le mode récessif.

Un dernier chapitre est consacré par M. Van Duyse aux maladies familiales de l'appareil neuro-oculaire : l'ophtalmoplégie hérédo-familiale externe ou interne, le ptosis congénital isolé ou non se transmettraient suivant le mode dominant. L'hérédo-ataxie cérébelleuse de P. Marie, souvent accompagnée d'atrophie optique ou de ptosis statique, se transmettrait par contre suivant le mode récessif.

H. TILLÉ.



# SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Séance du 12 juin 1931.*

**A propos du goitre exophtalmique.** — M. SÉDILLOT insiste sur cette particularité anatomique que les veines efférentes extracapsulaires de la thyroïde, solidement engainées dans les aponévroses du cou, sont indilatables. Si des troubles d'hypersympathicotonie accroissent beaucoup la circulation artérielle de la glande, celle-ci se trouve mise sous tension exagérée, d'où hypersécrétion, et, à la longue, hyperplasie cellulaire : le goitre se constitue. Quand on fait la ligature des artères thyroïdiennes supérieures, il faut respecter soigneusement toutes les veines satellites. Ainsi faite, la ligature suffit dans bien des cas où elle avait été envisagée comme premier temps d'une lobectomie.

**A propos du goitre exophtalmique.** — M. VICTOR PAUCHET, tout en reconnaissant le bien fondé des réflexions des divers orateurs, reste malgré tout, dans l'ensemble, partisan de la thyroïdectomie partielle chez des malades bien préparés par leur médecin.

**A propos de l'injection hystéro-tubaire de lipiodol.** — M. P. DE LA VILLÉON discute les avantages de l'injection sous pression de lipiodol dans l'utérus et les trompes. La méthode lui paraît sans grande utilité et non sans inconvénients.

**Ulcère variqueux.** — M. SMESTER, depuis 1916, a traité un nombre considérable d'ulcères variqueux, en engageant les patients à continuer leurs occupations. Et presque toujours, ces ulcères ont guéri. Il emploie le pansement par occlusion, après l'antisepsie des plaies, avec des bandes et une pâte qui absorbent les sécrétions, mettent les plaies à l'abri de l'air et de toute contamination. Il présente un malade dont les deux jambes sont envahies par de vastes ulcères depuis seize ans. La jambe droite peut être considérée comme guérie. Si la gauche ne l'est pas, c'est que l'étendue et la longue durée du mal ont produit une ostéo-périostite du péroné, laquelle à son tour retarde la cicatrisation. Malgré cela, il y a une amélioration notable, et l'on peut espérer la guérison.

**La dose thérapeutique du bismuth.** — M. GALLIOT a recherché quelles étaient les doses optima du bismuth métal à utiliser dans le traitement de la syphilis. Ses premières études ont porté sur les petites doses.

Or, des doses de 2 milligrammes et de 1 centigramme de bismuth métal n'ont absolument donné aucun résultat tant par voie intramusculaire que par voie intraveineuse.

**Iléus biliaire.** — M. VICTOR PAUCHET est d'avis que l'iléus biliaire doit être opéré d'urgence. Si l'opération est précoce, il faut enlever le calcul et refermer intestin et abdomen sans drainer. Si, au contraire, l'occlusion remonte plus loin, il faut, après l'extirpation du calcul, faire une entérostomie pour drainer l'intestin par une sonde de Nélaton. Il indique un artifice chirurgical permettant l'oblitération spontanée de la fistule.

**Sur une forme spéciale de pseudo-distraction chez l'enfant.** — M. GILBERT-ROBIN a observé chez des enfants une obnubilation intellectuelle rattachable à l'épileptoïdie. Cette obnubilation se situe entre la lenteur et l'absence épileptiques. Le diagnostic se base, selon les cas, sur les constatations suivantes : bradypsychie, obnubilation intellectuelle par intervalles, colères, turbulence, instabilité, entêtement, opposition, versatilité de l'humeur, terreurs nocturnes, somnambulisme, énurésie nocturne persistante, hérédité épileptique ou psychopathique.

**A propos de la rachianesthésie.** — M. HIRCHBERG. — La rachianesthésie employée dans les opérations abdominales hautes (estomac, duodénum, voies biliaires) montre des avantages multiples sur les autres modes d'anesthésie. Les essais faits avec un nouvel anesthésique dérivé de la quinoléine (percaïne) ont donné des résultats des plus intéressants. Cette substance est appelée à être essayée sur une large échelle.

**Anesthésie par l'avertine.** — M. GEORGES ROSENTHAL présente l'étude de ce nouveau procédé d'anesthésie générale. L'avertine (tribromo-éthanol) en solution à 3 p. 100 à la dose de 0gr,10 par kilogramme, s'utilise en lavement facilement absorbé. La solution ne doit pas avoir été chauffée à plus de 40°. L'anesthésie s'installe sans choc nerveux en trente minutes.

**Clinique et laboratoire dans la pratique médicale.** — M. GEORGES ROSENTHAL étudie un cas de méningite tuberculeuse suraiguë où le liquide céphalo-rachidien hypertendu paraissait normal au laboratoire. La culture positive en milieu Petrof, la mort en quarante-huit heures ont affirmé le diagnostic. A ce propos, il présente quelques observations sur les affirmations du laboratoire qui lui semblent toujours sujettes à la critique. Tout en se félicitant du progrès incessant, il insiste sur le danger de considérer comme absolues les affirmations souvent trop catégoriques de ces laboratoires.

**Phlébite hémorroïdaire externe.** — M. TOURNAY conseille, dans ces cas, l'incision et l'ablation du caillot, qui calme les douleurs et évite les complications médiates ou à distance.

---

# NOUVELLES

**Ministère de la Santé publique. Sources d'eaux minérales.** — Chaque année, à l'issue de la saison des eaux, tout exploitant d'un établissement d'eaux minérales sera tenu de transmettre au préfet du département où est situé son établissement les renseignements de statistique suivants :

1° Noms des sources autorisées dans l'année ou dont l'autorisation a été renouvelée avec indication de leur débit en eau, gaz, température, résistivité électrique et, s'il y a lieu, radioactivité ;

2° Valeur des caractéristiques (débits, température résistivité, s'il y a lieu radioactivité, de chaque source exploitée) qui ont fait l'objet de mesures depuis la fin de la saison précédente, et variations constatées ;

3° Résultats des analyses bactériologiques bisannuelles obligatoires. Suites données. Résultat des analyses chimiques s'il en a été fait ;

4° Modifications apportées depuis la fin de la dernière saison au captage et à l'aménagement des sources ;

5° Éventuellement, travaux ayant fait l'objet d'une

## NOUVELLES *(Suite)*

demande d'autorisation effectués à l'intérieur du périmètre de protection. Résultats ;

6° Nombre de bouteilles vendues (volume correspondant en litres). Modifications apportées s'il y a lieu au procédé d'embouteillage ;

7° Nombre de malades français ayant fréquenté l'établissement (moyenne de séjour de chacun d'eux). Nombre d'indigents assistés ayant bénéficié du traitement gratuit.

Nombre d'étrangers, en distinguant si possible leur nationalité, ayant fréquenté : *a*) la station ; *b*) l'établissement thermal.

Nombre total de journées de cure de ces étrangers ;

8° Visites des agents du service des mines, de l'inspecteur départemental d'hygiène et autres autorité prévues à l'article 2 du décret. Suites.

9° Observations (donner en particulier, le cas échéant, les modifications survenues dans l'aménagement de l'établissement thermal proprement dit : baignoires, piscines, etc.). Suggestions des intéressés.

**Service de santé des troupes coloniales.** — Par décision du 20 août 1931, les mutations suivantes ont été prononcées (service).

Désignations coloniales. — *En Indochine* : M. le pharmacien capitaine Barthecoy, de l'hôpital militaire de Fréjus (désigné hors tour pour servir hors cadres).

M. le médecin lieutenant-colonel Ledoux, du 41e régiment de mitrailleurs malgaches (servira hors cadres).

M. le médecin capitaine Bonnetblanc, du 51e régiment de mitrailleurs indochinois.

M. le pharmacien capitaine Cevaer, de l'hôpital militaire de Fréjus (désigné hors tour pour servir hors cadres).

*A Madagascar* : M. le médecin capitaine Legendre, du 21e régiment d'infanterie coloniale (hors cadres).

M. le médecin capitaine Rannou, du 2e régiment d'infanterie coloniale.

*A la Guadeloupe* (hors tour et hors cadres) : M. le pharmacien capitaine Bonnet, du dépôt des isolés des troupes coloniales de Marseille.

*En Guyane* : M. le médecin capitaine Le Tallec, du 2e régiment d'infanterie coloniale (servira hors cadres à l'administration pénitentiaire).

*En Afrique occidentale française* : M. le médecin-lieutenant-colonel Stevenel, du dépôt des isolés des troupes coloniales, annexe de Bordeaux (désigné hors tour pour servir hors cadres en qualité de chef du service de santé du Dahomey).

M. le médecin commandant Crozat du 4e régiment de tirailleurs sénégalais (désigné hors tour pour servir hors cadres en qualité de chef du service de santé de la Guinée).

M. le médecin capitaine Carlier, du 8e régiment de tirailleurs sénégalais (servira hors cadres).

*En Afrique équatoriale française* : M. le médecin capitaine Planchard, du 12e régiment d'artillerie coloniale.

M. le médecin capitaine Grall, du 2e régiment d'infanterie coloniale.

*Au Cameroun* : M. le pharmacien commandant Ferre, de l'École d'application du service de santé des troupes coloniales (désigné hors tour pour servir hors cadres).

M. le médecin capitaine Lieurade, du 16e régiment de tirailleurs sénégalais (servira hors cadres).

*Au Levant* : M. le médecin capitaine Buquet, du 41e régiment de tirailleurs malgaches.

Annulation de désignation coloniale. — La désignation du médecin capitaine Mariou, pour le Levant, parue au *Journal officiel* du 10 juin 1931, est annulée.

Prolongation de séjour outre-mer. — *En Indochine* : M. le médecin capitaine Marneffe, devient rapatriable le 29 mars 1933.

*En Afrique occidentale française* : M. le pharmacien capitaine Queguiner, devient rapatriable le 8 novembre 1932.

Affectations en France. — Au 2e régiment d'infanterie coloniale : M. le médecin commandant Le Frou, rentré de l'Afrique occidentale française, en congé.

Au 21e régiment d'infanterie coloniale : M. le médecin capitaine Jan-Kerguistel, du 11e régiment d'artillerie coloniale (n'a pas rejoint).

Au 23e régiment d'infanterie coloniale : M. le médecin lieutenant-colonel Le Dentu, rentré de l'Indochine, hors cadre, en congé (affectation pour ordre).

M. le médecin capitaine Chevals, rentré d'Indochine, en congé.

Au 4e régiment de tirailleurs sénégalais : M. le médecin commandant Retiere, rentré d'Indochine, en congé.

Au 8e régiment de tirailleurs sénégalais : M. le médecin lieutenant-colonel Bodet, rentré d'Indochine, hors cadres, en congé (affectation pour ordre).

M. le médecin capitaine Germain, rentré de la Côte d'Ivoire, hors cadres, en congé.

Au 12e régiment de tirailleurs sénégalais : M. le médecin capitaine Marty, rentré de l'Afrique occidentale française, hors cadres, en congé.

Au 16e régiment de tirailleurs sénégalais : M. le médecin capitaine Basile, rentré de Madagascar, en congé.

Au 24e régiment de tirailleurs sénégalais : M. le médecin capitaine Goinet, rentré de l'Afrique occidentale française, hors cadres, en congé.

Au 42e régiment de mitrailleurs malgaches : M. le médecin capitaine Iliou, rentré de l'Afrique équatoriale française, hors cadres, en congé.

Au 52e régiment de mitrailleurs indochinois : M. le médecin capitaine Giraud, rentré de l'Afrique occidentale française, en congé.

Au 3e régiment d'artillerie coloniale : M. le médecin capitaine Ott, rentré d'Indochine, hors cadres, en congé.

Au 10e régiment d'artillerie coloniale : M. le médecin capitaine Raynal, du 42e régiment de mitrailleurs malgaches (n'a pas rejoint).

Au 11e régiment d'artillerie coloniale : M. le médecin commandant Carretier, rentré de Madagascar, hors cadres, en congé.

Au centre de transition des troupes indigènes coloniales de Fréjus : M. le médecin commandant Poncin, entré de Madagascar, hors cadres, en congé.

**Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.** — Une série de travaux pratiques de laboratoire appliqués à la dermatologie et à la syphiligraphie aura lieu au laboratoire de la Faculté (hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat), sous la direction de Mlle Olga Eliascheff, chef de laboratoire, le 15 octobre.

Les séances auront lieu les mercredis, jeudis et samedis, de 18 heures à 19 heures.

## NOUVELLES *(Suite)*

*Premier cours.* — Ultra-microscopie. Coloration du tréponème. Spirilles banaux. Réaction de Meinicke. — Ponction lombaire. Liquide céphalo-rachidien. — Bacille de Ducrey. Gonocoques, Microbes pyogènes. Autovaccins. — Bacille tuberculeux. Bacille de Hansen. — Mycoses. Sporotrichoses. Teignes. Examen direct. Cultures. — Hématologie. — Technique de la biopsie. Coupes (inclusion et coloration).

*Deuxième cours.* — Réactions de Wassermann, de Hecht, de Meinicke et de Kahn.

Les élèves font les manipulations individuellement. Ils peuvent emporter les préparations, les coupes et les cultures. Un certificat leur est remis à la fin de la série des travaux pratiques.

Prix de chaque cours : 350 francs. Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Pour renseignements : s'adresser à Mlle Olga Eliascheff, laboratoire de la Faculté, hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, les mardis et samedis, de 10 heures à 11 heures.

**Clinique médicale propédeutique. Hopital de la Charité**. — Un cours de revision d'une semaine sur les acquisitions pratiques de l'année en pathologie interne aura lieu du 2 au 7 novembre 1931, sous la direction du professeur Emile Sergent, et de M. Camille Lian, agrégé, médecin des hôpitaux, avec la collaboration de MM. Abrami, Aubertin, Chabrol, Duvoir, Harvier, agrégés, médecins des hôpitaux ; Faroy, P. Pruvost, Weissenbach, médecins des hôpitaux ; Joannon, agrégé ; Blechmann, Gaston Durand, Henri Durand, Fernet, Périsson, anciens internes des hôpitaux.

*Programme du cours.* — I. Chaque matin dans un hôpital différent :

9 h. 30 à 11 heures, exercices pratiques au lit des malades. 11 heures à midi, démonstration pratique. — Lundi 2 : M. Lian, hôpital Tenon ; Mardi 3 : M. Aubertin hôpital de la Pitié ; Mercredi 4 : professeur Sergent, hôpital de la Charité ; Jeudi 5 : M. Fernet, hôpital Saint-Louis (policlinique Lortat-Jacob) ; Vendredi 6 : M. Faroy, hôpital Beaujon ; Samedi 7 : M. Périsson, hospice de la Salpêtrière (service du professeur Guillain).

II. L'après-midi à l'hôpital de la Charité :

3 à 4 heures, démonstration pratique (service ou laboratoire du professeur Sergent) ; 4 h. 15 à 5 h. 15, 5 h. 30 à 6 h. 30, conférences cliniques (amphithéâtre de la clinique du professeur Sergent).

La leçon de clôture du cours sera faite par le professeur Sergent).

Lundi 2, 3 heures à 4 heures, M. Henri Durand (tuberculose) ; 4 h. 15 à 5 h. 15, M. Lian (cœur, vaisseaux) ; 5 h. 30 à 6 h. 30, M. Pruvost (appareil respiratoire).

Mardi 3, 3 heures à 4 heures, M. C. Lian (cœur, vaisseaux) ; 4 h. 15 à 5 h. 15, M. Périsson (neurologie) ; 5 h. 30 à 6 h. 30, M. Chabrol (foie, nutrition).

Mercredi 4, 3 heures à 4 heures, M. Périssou (neurologie) ; 4 h. 15 à 5 h. 15, M. Duvoir (médecine légale) ; 5 h. 30 à 6 heures, M. Harvier (endocrinologie) ; 6 heures à 6 h. 30, M. Abrami (pathologie générale).

Jeudi 5, 3 heures à 4 heures, M. Fernet (peau et syphilis) ; 4 h. 15 à 5 h. 15, M. Fernet (peau et syphilis); 5 h. 30 à 6 heures, M. Joannon (hygiène) ; 6 heures à 6 h. 30, M. Aubertin (sang).

Vendredi, 6, 3 heures à 4 heures, M. Weissenbach (médecine générale) ; 4 h. 15 à 5 h. 15, M. Faroy (estomac); 5 h. 30 à 6 h. 30, M. Gaston Durand (intestin).

Samedi 7, 3 heures à 4 heures, M. Blechmann (pédiatrie) ; 4 h. 15 à 5 h. 15, M. Blechmann (pédiatrie) ; 5 h. 30 à 6 h. 30, M. le professeur Sergent (appareil respiratoire).

S'inscrire à la Faculté de médecine, ou bien tous les jours, de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 16 heures (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.), ou bien les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, au secrétariat (guichet n° 4).

Droit d'inscription : 250 francs.

**La Tombola de la F. E. M.** — Liste des numéros gagnants de la tombola organisée par la Société de secours mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins, F. E. M. Le tirage public a eu lieu à l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe).

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 118 | 155 | 229 | 255 | 292 | 321 | 325 |
| 345 | 356 | 359 | 410 | 413 | 489 | 536 |
| 554 | 557 | 557 | 623 | 748 | 804 | 806 |
| 831 | 867 | 897 | 926 | 940 | 946 | 958 |
| 1 011 | 1 052 | 1 100 | 1 230 | 1 242 | 1 264 | 1 269 |
| 1 274 | 1 294 | 1 357 | 1 405 | 1 142 | 1 538 | 1 570 |
| 1 607 | 1 629 | 1 675 | 1 723 | 1 752 | 1 768 | 1 790 |
| 1 848 | 1 850 | 1 945 | 1 981 | 2 014 | 2 025 | 2 034 |
| 2 089 | 2 117 | 2 177 | 2 189 | 2 236 | 2 39 | 2 261 |
| 2 267 | 2 273 | 2 310 | 2 324 | 2 236 | 2 340 | 2 418 |
| 2 484 | 2 491 | 2 514 | 2 602 | 2 617 | 2 656 | 2 690 |
| 2 693 | 2 818 | 2 821 | 2 833 | 2 887 | 2 902 | 2 925 |
| 2 932 | 2 943 | 2 968 | 2 993 | 3 024 | 3 076 | 3 087 |
| 3 134 | 3 155 | 3 164 | 3 219 | 3 224 | 3 241 | 3 249 |
| 3 342 | 3 351 | 3 419 | 3 431 | 3 480 | 3 495 | 3 503 |
| 3 504 | 3 652 | 3 690 | 3 716 | 3 782 | 3 826 | 3 887 |
| 3 906 | 3 942 | 3 994 | 4 090 | 4 230 | 4 235 | 4 467 |
| 4 562 | 4 584 | 4 635 | 4 721 | 4 745 | 4 785 | 4 860 |
| 4 867 | 4 913 | 4 931 | 4 932 | 4 937 | 4 950 | 4 987 |
| 4 998 | 5 006 | 5 024 | 5 034 | 5 050 | 5 055 | 5 084 |
| 5 121 | 5 157 | 5 183 | 5 194 | 5 249 | 5 288 | 5 345 |
| 5 366 | 5 500 | 5 503 | 5 512 | 5 515 | 5 559 | 5 637 |
| 5 650 | 5 669 | 5 693 | 6 039 | 6 046 | 6 053 | 6 069 |
| 6 085 | 6 093 | 6 115 | 6 206 | 6 214 | 6 277 | 6 329 |
| 6 395 | 6 591 | 6 738 | 6 797 | 6 827 | 6 958 | 6 977 |
| 7 048 | 7 088 | 7 089 | 7 203 | 7 205 | 7 225 | 7 323 |
| 7 330 | 7 398 | 7 421 | 7 421 | 7 555 | 7 565 | 7 580 |
| 7 689 | 7 706 | 7 710 | 7 727 | 7 871 | 7 970 | |

Les numéros 557 et 7 421 sont sortis deux fois.

*Les lots non réclamés au 31 décembre* resteront la propriété de l'Œuvre.

# NOUVELLES *(Suite)*

## MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

26 Septembre. — *Toulon.* Concours de chargé de cours de pathologie à l'École du service de santé de la marine. Concours de chargé de cours de pathologie externe et d'accouchements, concours de chargé de cours d'anatomie topographique et de médecine opératoire, de médecine légale à l'École du service de santé de la marine.

28 Septembre-4 Octobre. — III$^e$ Congrès international d'hypiologie et de psychologie appliquée.

28 Septembre. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription pour le concours de stomatologiste des hôpitaux de Paris.

1$^{er}$ Octobre. — *Bordeaux.* Réunion de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française.

1$^{er}$ Octobre. — *Paris.* Assistance publique. Dernier délai d'inscription pour le concours d'infirmières de l'Assistance publique (s'adresser 3, avenue Victoria).

1$^{er}$ Octobre. — *Paris.* Assistance publique: ouverture du registre d'inscription pour le concours de médaille d'or des hôpitaux de Paris.

1$^{er}$ Octobre. — *Paris.* École de puériculture. Ouverture du cours de puériculture.

1$^{er}$ Octobre. — *Paris.* hôpital Saint-Michel, dernier délai d'inscription pour le concours de l'internat.

3 Octobre. — *Paris.* Assistance publique. Clôture du registre d'inscription pour le concours de l'externat des hôpitaux de Paris.

3 Octobre. — *Nice.* Dernier délai d'inscription pour le concours de l'internat des hôpitaux de Nice.

4 Octobre. — *Paris.* Cercle de la librairie, 117, boulevard Saint-Germain, XII$^e$ Salon des médecins.

4 Octobre. — *Strasbourg.* Journée de la protection de l'enfance.

5 Octobre. — *Paris.* Congrès de l'Association française de chirurgie.

5 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine 17 heures. Réunion de la Société française de gynécologie.

5 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine de Paris Consignation pour les examens de chirurgien-dentiste Validation de stage (ajournés).

5 Octobre. — *Toulon.* Concours pour l'emploi de chargé de cours de séminologie et petite chirurgie de l'École de médecine navale de Brest et pour l'emploi chargé de cours d'anatomie descriptive à l'École de médecine navale de Rochefort.

5 Octobre. — *Paris.* Leçons sur les notions indispensables de radiodiagnostic clinique médico-chirurgical et d'interprétatiln radiologique, par M. Ledoux-Lebard.

5 Octobre. — *Paris.* Hôpital Broussais. Ouverture d'un cours sur les grands syndromes cardiaques sous la direction de M. Charles Laubry.

5 Octobre. — *Paris.* Hôpital Baudelocque. Ouverture du cours d'opérations obstétricales sous la direction de M. Portes.

6 Octobre. — *Paris.* Congrès français d'urologie.

6 Octobre. — *Toulon.* Concours pour l'emploi de prosecteur à l'École de médecine navale de Rochefort et à l'École de médecine de Toulon.

6 Octobre. — *Paris.* Hôpital Saint-Louis. Inauguration du monument du professeur Lecène.

7 Octobre. — *Toulon.* Concours pour l'emploi de professeur de physiologie à l'École de médecine navale de Brest et à l'École de médecine navale de Rochefort.

7 Octobre. — *Paris.* Dernier délai d'inscription pour le concours de médecin résidant à l'hôpital Saint-André.

7 Octobre. — *Paris.* Assistance publique. Clôture du registre d'inscription pour le concours de stomatologiste des hôpitaux de Paris.

7 Octobre. — *Rouen.* Dernier délai d'inscription pour le concours de l'externat des hôpitaux de Rouen.

7-12 Octobre. — *Paris.* II$^e$ Conférence internationale et Congrès colonial du rat et de la peste.

8 Octobre. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription pour le concours d'aptitude aux fonctions de chef de laboratoire de bactériologie des hôpitaux.

9 Octobre. — *Paris.* Réunion de la Société française d'orthopédie.

11 Octobre. — *Locarno.* ouverture des cours de perfectionnement de la fondation Tomarkin.

12 Octobre. — *Paris.* Concours d'infirmière de l'Assistance publique à l'hospice de la Salpêtrière, à 13 heures.

12 Octobre. — *Dijon.* École de médecine. Concours pour la place de chefs de travaux de physique à l'École de médecine de Dijon.

12 Octobre. — *Paris.* Ouverture d'une série supplémentaire de travaux pratiques de pharmacologie et matière médicale.

13 Octobre. — *Paris.* Ministère des Colonies. Clôture du registre d'inscription pour le concours de médecin stagiaire de l'assistance médicale en Indochine.

14 Octobre. — *Paris.* Congrès international de pathologie comparée.

15 Octobre. — *Paris.* — Assistance publique. Clôture du registre d'inscription pour le concours de médaille d'or des hôpitaux de Paris.

15 Octobre. — *Alger.* Concours de pharmacien des hôpitaux d'Oran.

15 Octobre. — *Paris.* Concours de médecin spécialisé des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du Finistère.

15 Octobre. — *Paris.* Ministère des Colonies. Clôture du registre d'inscription pour le concours de médecin stagiaire de l'assistance médicale de Madagascar.

15 Octobre. — *Tours.* Concours pour la nomination d'un chef de clinique obstétricale.

15 Octobre. — *Paris.* Ouverture d'un cours de perfectionnement d'anatomie pathologique.

16 Octocre. — *Paris.* Concours de professeur suppléant de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'École de médecine d'Angers.

17 Octobre. — *Paris.* Assistance publique. Clôture du registre d'inscription pour le concours d'aptitude aux fonctions de chef de laboratoire de bactériologie des hôpitaux.

19 Octobre. — *Toulouse.* Concours de professeur suppléant d'anatomie à l'École de médecine de Clermont-Ferrand.

19 Octobre. — *Paris.* Congrès français d'oto-rhino-laryngologie.

19 Octobre. — *Nice.* Concours pour 10 places d'internes de médecine et chirurgie des hôpitaux de Nice.

## CROISIÈRE DE « BRUXELLES MÉDICAL »

*(11 juillet-7 août 1931).*

## LA NORVÈGE, LE SPITZBERG, JAN MAYEN LES FÉROE, L'ECOSSE.

Par Albert MOUCHET
Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Le *Bruxelles médical* a organisé cet été une croisière fort intéressante — sa quinzième — dans les régions arctiques sur un beau paquebot des *Chargeurs réunis*, le *Foucauld*, long de 152 mètres, d'un déplacement de 15 000 tonnes, d'une puissance de 8 000 CV, filant 13 nœuds.

Le 4 juillet 1931, un train spécial du chemin de fer du Nord amenait à Dunkerque un grand nombre de passagers ; les autres y arrivaient par la route ou devaient embarquer le lendemain à Zeebrugge. Je retrouve dans le train plusieurs amis et anciens élèves, les Drs Constant Knebgen (de Luxembourg), Mer (de Laval), Paul Bernard (de Paris) ; ce dernier devait être plus tard sur le bateau un « boute-en-train »,un peu bruyant, au dire de certains.

Le *Foucauld* appareille à sept heures à Dunkerque, où sont arrivés le professeur Villaret et sa famille, le Dr Lacomme, accoucheur des hôpitaux de Paris, Mme Knebgen, Mme et M. le Dr Prudot d'Avigny (de Longwy), un Avallonnais au type espagnol, etc.

Excellent dîner dans une salle à manger confortable, d'une décoration moderne, élégante et sobre.

Le paquebot longe la côte jusqu'à Zeebrugge où nous devons arriver le lendemain à 10 heures.

Cabine confortable. Nuit passable ; le bateau est stable, la mer calme, mais les bruits des machines sont toujours un peu gênants au début.

*Dimanche 12 juillet.* — Promenade sur le pont. Courte lutte pour obtenir des chaises de pont, pour retenir une table à la salle à manger.

A 10 heures, l'arrêt à Zeebrugge nous amène de nouveaux passagers, le Dr Coutela, le sympathique ophtamologiste de Paris, et des parents ou amis du Dr Knebgen qui, eux, ne sont pas médecins, Mme Henrion, M. et Mme Mousel, Mme Libotte et son mari, l'arbitre des élégances de notre petit groupe, le « Pétrone » du *Foucauld*. Dans ce paquebot, d'ailleurs un peu trop rempli — plus de 400 passagers, — il y a plus de non médecins que de médecins, des ingénieurs, des avocats, des industriels, un notaire, etc. (95 médecins dont plusieurs avec des membres de leur famille, sur 427 passagers).

Notre table est à côté de celle du commandant Cariou, un Breton aux yeux bleu clair dissimulés sous des sourcils broussailleux, une bonne figure de chef énergique et doux. Près de lui, le baron de Gerlache, le savant explorateur au calme impressionnant ; je lui transmets les amitiés de Charcot que j'ai eu l'occasion de voir à Paris avant mon départ.

A d'autres tables, mon collègue Leveuf, qui déjà papillonne au milieu des jeunes femmes, en attendant de faire valoir son talent de danseur ; une dame qui garde ses lunettes à l'extrême pointe de son long nez, et définit devant sa fille les jeunes gens « des hommes qui ont des boutons sur la figure et pas d'argent », un vieux docteur belge dont le complet « jaquette » (!), couleur puce, fait notre bonheur et que tous les passagers appelleront bientôt M. « Puce ».

Son excentricité vestimentaire ne sera dépassée que par celle d'un gros passager qui endosse le soir un veston de smoking avec un pantalon fantaisie.

Je reconnais au hasard les Drs Sourdille (de Nantes), Colleville et Picard (de Douai), Godineau (d'Angoulême), Pernet (de Clamart), Aboulker (d'Alger), Mlle le Dr Mouneyrat, les Drs Termier (de Grenoble), Poulain (d'Amiens), Danis (de Bruxelles), etc.

Mer calme, soleil éclatant. Nous rencontrons deux croiseurs anglais, le *Dorsetshire* et le *Norfolk*, pourvus d'hydravions.

Le soir, danse sur le pont supérieur, à l'emplacement des jeux, comme d'ailleurs tous les autres soirs. La jeunesse a besoin de se dégourdir et elle ne le fera que trop.

*Lundi 13 juillet.* — Journée assez occupée le matin par le change de la monnaie pour lequel il faut faire la queue, par la correspondance ; l'après-midi, par des exercices d'abandon de bateau où nous devons nous ceindre de la ceinture de sauvetage et gagner le canot qui nous est destiné.

*Mardi 14 juillet.* — C'est l'escale de Bergen ; on aperçoit dès 5 heures les côtes norvégiennes. Agitation dans les couloirs ; grand « caquetage » féminin dans la cabine voisine.

Nous accostons à 7 heures à *Bergen* : c'est une ville de 100 000 habitants, étalée sur un vaste port au pied de collines verdoyantes, égayée par beaucoup de petites maisons en bois peintes en rouge avec encadrement blanc aux fenêtres ; on dirait des maisons de poupée.

Devant nous, est amarrée la *Stella Polaris*, le bateau de croisière norvégien bien connu, qui paraît très petit à côté du nôtre (5 000 tonnes), mais qui a une silhouette très élégante.

Sur le quai, viennent se serrer les unes contre

les autres dans une direction oblique les automobiles réquisitionnées par l'agence Bennet ; elles sont toutes de marque américaine, bien suspendues, très silencieuses, des Hudson, des Essex, des Packard, des Chevrolet, etc.

Nous suivons les quais de la vieille ville hanséatique ; l'odeur de marée nous prend au nez : c'est



Lapons à Djupvandshytten (fig. 1).

le marché aux poissons. Les pêcheurs les retirent des grandes cuves où ils s'ébattent et, en un tournemain, ils les vident, les pèsent et les vendent.

Les boutiques ne sont pas luxueuses, bien que la vie soit très chère, surtout pour un Français : la couronne vaut 7 francs. Deux demis et deux quarts de bière nous reviennent à 3 couronnes 60 oros, y compris 20 pour 100 de service, soit 21 fr. 70 : c'est donné !...

Tout est blond ici, les hommes et les chevaux. Les enfants surtout, qui sont très accueillants dans la banlieue et nous bombardent de fleurs, ont des cheveux d'un blond presque blanc. Avec leurs bonnes faces rouges, et leurs « combinaisons » (pantalon long et tablier avec bretelles), de couleur verte ou jaune, ils ont un aspect assez comique.

Les chevaux sont tout blonds ; courts, trapus, forte tête, ils portent la crinière coupée ras et la queue longue. Ils doivent être solides ; ils ne sont pas élégants.

L'auto nous conduit à la vieille église en bois des premiers Vikings convertis au christianisme : Fantoft. Toute noire de goudron, elle a des toits curieusement découpés et superposés en genre pagode, et présente à l'intérieur des peintures naïves.

Nous avons tout loisir d'admirer la belle végétation qui s'étend jusqu'à la mer ; nous passons sur la hauteur à côté de grands hôpitaux et d'une léproserie.

Un funiculaire nous dépose au sommet boisé du Floirfjeld d'où nous découvrons un superbe panorama de Bergen. Le centre de la ville est dominé par une église toute rouge avec sa base garnie de lierre vert foncé et son clocher vert-de-gris ; dans les villes aussi bien que dans la nature, la Norvège a des couleurs spéciales.

A midi, nous rentrons déjeuner sur le *Foucauld*.

Le soir, à l'occasion du 14 Juillet, toasts du commandant Cariou, du Dr Breyre, représentant officiel du *Bruxelles médical*.

Déjà le soleil se couche tardivement à plus de dix heures et demie, et nous admirons de beaux effets de lumière.

Plus tard, nous côtoyons l'immense rocher Hornelen.

*Mercredi 15 juillet*. — Dès 5 heures et demie, nous avons longé dans un fjord très étroit de hautes montagnes couvertes de neige.

Nous débarquons à *Merok*, un petit village de rien, perdu au fond du fjord, joliment campé sur des collines verdoyantes surmontées de hauts sommets neigeux.

Une auto « Hudson » découverte nous mène par de beaux lacets avec blanches cascades et rochers abrupts au col du *Djupvandshytten* (1 000 mètres) avec un petit lac dans un site désolé, au pied de montagnes neigeuses. Deux Lapons en costume local vendent des cartes postales devant une tente (fig. 1). Un hôtel tout rouge, avec les fenêtres encadrées de blanc, nous a préparé une collation : café au lait, gâteaux du pays (j'aime mieux ceux de Paris).

Nous regagnons le *Foucauld* en canot et nous déjeunons à 13 h. 30.

A 15 heures, nous accostons à *Hellesylt*, au fond d'un fjord très sauvage, où une cinquantaine de carrioles à un cheval nous attendent : ce sont de petits chars à deux roues et à deux places,



Chevaux et carrioles à Hellesylt (fig. 2).

avec un strapontin derrière pour le cocher qui tient les guides faites de corde entre les deux voyageurs. La suspension est dure ; il est vrai que nous sommes aussi souvent au pas qu'au trot (fig. 2).

De vertes prairies, des rochers neigeux avec quelques glaciers au-dessus composent le paysage. Çà et là, de petites maisons avec les *toits couverts*

## VARIÉTÉS *(Suite)*

*d'herbe et même d'arbustes*, d'un effet assez curieux; des vaches grises, munies de cloches, et qu'on empêche de se sauver à l'aide de barrières que des enfants viennent nous ouvrir. On sèche le foin sur des barres parallèles superposées. De l'avoine, quelques fleurs, mais un sol ingrat en somme, où de rares fraisiers sont encore en fleurs !... On fait l'élevage des renards argentés en plusieurs endroits.

En haut de la vallée de Norangsdal, à un petit hôtel de Fibelstad, une collation nous est servie (café au lait et gâteaux au cumin que je n'apprécie guère) ; les petits chevaux, tous « café au lait », sont dételés et mangent un peu de foin. Le spectacle est assez amusant de toutes ces voitures et de tous ces chevaux réunis sur un petit espace.

Nous redescendons à *Oyé* où nous retrouvons la majorité des passagers qui a suivi un autre itinéraire en auto, et où le *Foucauld* nous attend.

*Jeudi 16 juillet.* — Peu de sommeil encore la nuit précédente ; dès 8 heures, nous débarquons à *Aandalsnes* où un train confortable doit nous faire visiter la fameuse vallée de *Romsdal*, village minuscule et propret, mais le baromètre a baissé et la pluie fine, qui ne cessera guère pendant le voyage en chemin de fer, nous empêche de voir les sommets des montagnes. Nous voyons seulement de belles gorges et de nombreuses cascades, mais nous avons tellement la sensation que c'est « du déjà vu » dans les Alpes, que le mauvais temps nous laisse assez indifférents.

A *Bjorli*, dans une gare très propre, une excellente « collation », aussi remarquable par la qualité que par la quantité, nous est servie par des Norvégiennes en costume national.

Nous revenons déjeuner sur le *Foucauld*. Nous commençons à trouver qu'on mange trop et qu'on ne dort pas assez ! Ce sera ainsi tout le temps.

A 15 heures, nous sommes à *Molde*, la ville des Roses : la pluie daigne ne tomber que par intermittences. Après dix minutes de marche, dans un bois voisin, nous sommes conviés... moyennant une couronne, à admirer des danses du pays. Sauf le plaisir de voir danser une « milanaise » que j'ai dansée dans mon adolescence, j'éprouve le regret de constater que nous avons été mystifiés.

*Vendredi 17 juillet.* — Nous avons eu depuis 3 heures ce matin un roulis assez prononcé.

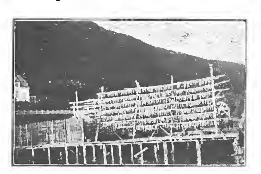
La pluie tombe assez abondamment quand le *Foucauld* aborde à 9 heures au quai de *Christiansund*, un grand village situé sur trois îles, qui est l'un des centres les plus importants de l'exportation de la morue (Klipsik) (fig. 3).

On nous distribue un journal local, le *Möre Dagblad*, qui consacre aux passagers une colonne en français, intitulée « Soyez les bienvenus ».

Au voisinage de la ville, une immense étendue de rochers sert au séchage des morues.

A midi, quand nous avons regagné le *Foucauld*, tous les habitants sont sur le quai, arborant des drapeaux, agitant leurs mouchoirs, et de plus d'un millier de poitrines sortent des hourrahs répétés. Notre orchestre joue l'hymne norvégien, puis la *Marseillaise*. Cette population du Nord, si calme, est aussi enthousiaste qu'elle peut l'être.

La pluie cesse quand nous arrivons à 19 heures à Trondhjem, et c'est baignée de soleil, par un beau ciel bleu, que nous apparaît cette grande ville, contournée par le fleuve Nid, l'ancienne Nidaros,



Séchage de morues (fig. 3).

où sont sacrés les rois de Norvège (56 000 habitants).

Je reçois de ma famille un télégramme qui est le bienvenu.

*Samedi 18 juillet.* — Les vedettes nous débarquent dès 8 heures à *Trondhjem*. Le marché aux poissons bat son plein : nous y admirons des raies géantes qu'on appelle des raies « éléphants ».

Une confortable conduite intérieure six cylindres Essex nous conduit d'abord par la vaste place du Marché ornée d'une colonne avec statue d'Olaf, à la cathédrale, commencée au XII^e siècle en l'honneur de saint Olaf et où le roi Haakon a été couronné en 1905.

Les rues de Trondhjem sont larges, tracées au cordeau, propres, mais sans caractère.

La cathédrale est d'un style gothique assez fantaisiste, et de proportions peu harmonieuses : elle est toute grise et plutôt mastoc.

Devant sa façade, j'ai admiré des blocs de granit rose ou plus probablement de feldspath, avec des stratifications très curieuses : on aurait dit une coupe de lard ou de jambon. Je ne sais ce qu'on doit faire de ces blocs.

Après la visite de la cathédrale, l'auto nous emmène dans la campagne voisine. Rencontré

## VARIÉTÉS *(Suite)*

en route une Citroën C 6 appartenant à un habitant de Trondhjem : je le note parce que c'est la seule voiture de marque française que j'aie rencontrée en Norvège.

Belle verdure sur les collines boisées qui dominent Trondhjem : assez long arrêt à 500 mètres au-dessus de la mer à Fejldsaeter Hotel. Encore une collation ; nous découvrons plus haut en grimpant à des tremplins de skis une vue encore plus étendue sur la ville et ses environs.

Retour en auto par une route étroite où l'on admire une cascade artificielle de captation des eaux pour la production électrique et une Université technique élégamment agencée.

Ici, comme dans toutes les villes de Norvège que nous visiterons, les maisons sont en bois avec soubassement en pierre, mais les toits ne sont pas recouverts d'herbe, encore moins d'arbustes.

Nous déjeunons à midi et demi au plus luxueux hôtel de Trondhjem : l'hôtel Britanina. Les passagers du *Foucauld* remplissent le jardin d'hiver et une grande salle à côté. A part le pain qui est exquis et la bière légère, la nourriture est médiocre et la salade sucrée me fait faire la grimace. L'orchestre nous distrait et l'enthousiasme est à son comble quand il joue successivement la *Madelon*, la *Marseillaise*, l'hymne belge et l'hymne norvégien.

La soirée s'achève en une folle gaieté avec un bal travesti des plus réussis où, avec les moyens de fortune dont disposaient les passagers, on ne peut qu'admirer une extrême ingéniosité dans la conception et dans l'exécution : un inspecteur de l'enregistrement, M. Leray, en marin, mon collègue Leveuf en danseur russe, le Dr Perdu en Cyrano, le Dr Bernard en dandy 1830, obtiennent un succès complet. M. Nast, qui fut admirable en servante négresse, n'a pas remporté le prix qu'il méritait : bizarrerie du suffrage universel !

Quant aux dames, il faudrait toutes les citer : elles ont rivalisé dans l'art du déguisement.

Les passagers se sont couchés presque tous après 4 heures du matin.

*Dimanche 19 juillet.* — A 11 heures du matin, nous franchissons le Cercle polaire et nous sommes dans l'archipel *Lofoden*.

Nous rencontrons un bateau anglais, le *Dronning Maud* et, plus tard, à 18 heures, le *Monte Pascoal*, un bateau allemand de 20 000 tonnes, moins élégant et, paraît-il, moins bien installé que le nôtre, mais plus puissant, nous dépasse à tribord, se rendant directement à Hammerfest.

La fin du dîner est attristée par la chute à la mer d'un de nos matelots, âgé de vingt-trois ans, le jeune Le Pennec, tombé d'une grande hauteur du canot qu'on était en train de descendre pour le débarquement à l'escale de *Diggermulen*.

Malgré le lancement de bouées de sauvetage, de fauteuils du pont, le malheureux n'a pu faire que quelques brasses, et soit à cause de la froideur de l'eau, soit à cause de son inexpérience, il a coulé immédiatement sous les yeux d'un de ses camarades et d'un des passagers sorti de table pour admirer le paysage.

Le *Foucauld* a stoppé aussitôt avec une rapidité impressionnante, la vedette est accourue : trop tard !

Inutile de décrire la stupeur et l'affliction de tous ; curieuse était l'excitation de certaines dames qui, prenant une bouée pour le matelot à l'eau, accusaient les marins de la vedette d'impéritie ou d'aveuglement.

Le *Foucauld* a tourné autour du lieu du sinistre.

Néanmoins l'excursion prévue a été faite, et, dès 21 heures et demie, en plusieurs fournées, le débarquement a eu lieu à cette petite plage perdue — dix maisons peut-être — de *Diggermulen*, d'où, après avoir longé des exploitations de tourbe disposée en petits carrés pour le chauffage, nous grimpons à pied en un peu plus d'une heure à une colline de 400 mètres d'altitude.

Le sentier est très raide dans une grande partie du trajet et je dois accorder un bon point à beaucoup de dames qui par leur âge, leur corpulence ou simplement leur manque d'habitude, ne semblaient guère aptes à accomplir une ascension, somme toute assez pénible, aussitôt après un repas copieux.

Le panorama, très étendu sur tout l'archipel Lofoden, est vraiment grandiose. On lit un journal comme en plein jour, bien qu'il soit minuit : le soleil se couche dans un ciel en feu et se lève presque aussitôt après ; c'est admirable !

Une perdrix des neiges, le « lagopède », s'envole au-dessus de nous ; des moustiques nous importunent. Deux pyramides, de grès schisteux, portent une inscription relatant l'ascension de Guillaume II en 1903.

Je suis revenu à 2 heures du matin sur le *Foucauld* où nous buvons du consommé chaud et dévorons d'excellents sandwiches. Les derniers arrivés ne trouvent plus rien.

*Lundi 20 juillet.* — Nous avons à peine dormi ; dès 8 heures, une vedette norvégienne nous emmène promener en canot pendant une heure dans le *Troldfjord*, un fjord vraiment sauvage avec ses rochers à pic, son fond étalé en forme de coupe

verte à la base, blanche au sommet. Des « guillemots » aux pattes rouges s'envolent au-dessus de nous et des méduses déploient leurs grâces à la surface de l'eau.

Après-midi de repos : nous côtoyons une foule de petits villages, dont Harjstad.

Le soir où l'air est si calme, la lumière est admirable ; elle adoucit le contour des montagnes, elle les noie dans une teinte douce, légèrement mauve, dont les belles faïences de la manufacture royale de Copenhague peuvent donner une idée.

Il n'y a pas de bal le soir, en raison de la mort du matelot, et une collecte faite au moment du dîner parmi les passagers fournit une somme de 18 000 francs qui adoucira le sort de la pauvre mère, veuve avec sept enfants.

*Mardi 21 juillet.* — Nous nous réveillons par un soleil éblouissant qui éclaire délicieusement le village de *Tromsoé* ; de la verdure sur la rive opposée, de hautes montagnes neigeuses à droite et à gauche. Là, comme à Trondhjem, il n'y a pas de quai le long de la mer, mais seulement des estacades de place en place.

Rien à noter dans la visite du village, si ce n'est la facilité qu'ont les passagers, à mesure qu'on approche du pôle, à acheter des objets insignifiants ou horribles qui n'ont même pas l'avantage d'être utiles.

Des peaux d'ours, plus chères qu'à Paris, sont enlevées comme des petits pains.

Nous rentrons déjeuner sur le *Foucauld*.

Après-midi de repos : beaucoup d'entre nous dorment ; nous n'avons plus l'alternance régulière du jour et de la nuit ; nous avons le jour perpétuel. Et comme le programme de la croisière nous oblige à des excursions continuelles, nous sommes quelque peu fatigués.

Après le thé, débarquement au petit port de *Lyngseidet* où la morue est séchée et où nous allons voir dans une verte prairie un camp de Lapons assez artificiellement disposé. Une centaine de rennes est massée dans un bois voisin. Devant leurs tentes, les Lapons fument la pipe, les femmes surtout, et vendent des pantoufles, des objets en corne de renne et même des paires de cornes.

Les voyageurs s'arrachent tous ces objets ; une jeune fille achète pour 200 francs un chien de quatre mois ; la pauvre bête ne vivra sans doute pas longtemps.

Dîner excellent ; champagne et toasts en l'honneur de la fête nationale belge.

La soirée s'écoule dans une lumière magnifique ; le soleil de minuit est impressionnant sur ces sommets neigeux qui prennent une teinte mauve délicieuse surplombant au-dessus de leur base verte une mer bleu foncé.

Le soleil, après s'être levé devant nous, est bientôt caché par les montagnes.

A 1 h. 30 du matin, la brume nous entoure. Le *Foucauld* ralentit sa marche et fait mugir sa sirène toutes les deux minutes ; c'est assez lugubre.

*Mercredi 22 juillet.* — Le ciel se dégage avant midi, quand nous arrivons à *Hammerfest*, la ville la plus septentrionale du monde.

Quel pauvre village aux maisons en bois espacées dans un petit cirque de montagnes rocheuses grisâtres, recouvertes d'une végétation maigre et rare ! Il est dominé au nord par un grand hôpital : pas de maisons peintes en rouge : elles sont toutes grises comme le ciel et l'eau.

La *Stella Polaris*, ancrée avant nous dans la rade, repart immédiatement.

Une foule de barques entourent notre bateau, là comme dans les ports précédents, conduites par des enfants qui s'y trouvent à l'aise comme des poissons dans l'eau.

L'odeur de la morue vous prend au nez dans ce village : c'est un grand centre de fabrication de l'huile de foie de morue.

Nous grimpons à un petit belvédère qui domine le port : l'endroit est désolé, comme ceux qu'on trouve dans les Alpes au-dessus de 2 000 mètres.

Dans les rues d'Hammerfest, comme à Tromsoé, on rencontre sur les trottoirs devant les boutiques des ours blancs empaillés : ce sont les seuls ours blancs que nous rencontrerons pendant toute la croisière.

Le *Foucauld* embarque un pilote norvégien spécial en plus des deux pilotes montés à Zeebrugge (tous payés, dit-on, à raison de 500 francs par jour), pour nous conduire au Spitzberg et à la Banquise ; il fait son ravitaillement en eau potable : 400 mètres cubes qui coûtent 400 couronnes !

On ne dirait pas qu'il y a ici 3 000 habitants : 50 sont catholiques, 30 protestants et le reste est athée et... communiste.

Dans la soirée, encore de la brume ; mugissement de la sirène. Nous ne nous arrêtons pas au cap Nord qui n'offre aucun intérêt, étant donné ce que nous avons vu et surtout ce que nous devons voir au Spitzberg.

La nuit, le *Foucauld* est assez secoué, la mer est houleuse, mais ne le reste pas longtemps.

*Jeudi 23 juillet.* — Temps clair, sans soleil. Il fait un froid glacial sur le pont ; à midi, + 6 degrés seulement. Heureusement les salles à manger, les salons et les cabines sont chauffés par les bouches d'air chaud des plafonds.

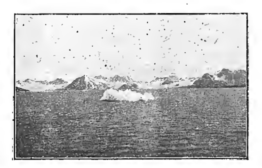
## VARIÉTÉS *(Suite)*

A 15 heures, nous sommes en vue de la célèbre île aux Ours, que l'on ne voit presque jamais, car elle est entourée par les brouillards ; M. de Gerlache en sait quelque chose.

Le *Foucauld* contourne ses bandes plates, grises, sans végétation, recouvertes en maints endroits d'énormes masses de neige et hérissées par places de magnifiques falaises rocheuses, curieusement découpées, d'où s'échappent par milliers des guillemots.

Pendant le dîner et jusqu'à 22 heures, nous sommes dans un épais brouillard : les brumes du Nord ne sont pas un mythe ! Mais, brusquement, en une minute, le brouillard disparaît ; la mer redevient bleue.

*Vendredi 24 juillet.* — A 8 heures un quart, pendant le déjeuner, nous croisons à bâbord



Iceberg près de l'île aux Ours (fig. 4).

un énorme iceberg aux tons azurés, sur lequel sont perchés des guillemots. (fig. 4). Nous en rencontrerons d'autres.

Jusqu'à dix heures et demie, avec des alternatives de soleil et de brouillard, des icebergs, mais minuscules, défilent devant nous.

Vers onze heures et demie, le brouillard revient ; mais à une heure et demie, au moment du dessert, le voile de brume se déchire tout d'un coup à tribord et le Spitzberg nous apparaît ; tel un incomparable décor de féerie. Tous ces sommets aigus (*spitz, berg*), couverts de neige et de glaciers qui plongent à leur base sur une immense étendue dans un mer d'un bleu clair, forment un spectacle unique.

*La Norvège, c'est très beau, mais le Spitzberg, émergeant ainsi de la mer, par un soleil ardent, c'est quelque chose d'admirable, de prodigieux.*

Jusqu'en 1923, le Spitsbergen (c'est ainsi qu'on doit écrire) était un *no man's land* ; il n'appartenait à aucun peuple. Depuis 1924, il appartient à la Norvège qui y entretient une station de télégraphie sans fil et un service postal (à Advent Bay). Le nom actuel du Spitsbergen est *Svalbard*. Il n'y a plus de station baleinière à Svalbard, parce que la baleine a disparu de ses parages. Les sommets des montagnes ne dépassent pas 1 000 mètres d'altitude.

Nous rencontrons çà et là quelques gros glaçons et nous apercevons au loin une ligne blanche continue qui paraît formée par des glaces « dérivantes ».

Je passe presque toute l'après-midi à l'avant du *Foucauld* ; je contemple les ébats des phoques et les plongeons curieux des guillemots qui restent longtemps dans l'eau où ils prennent des teintes argentées et ressemblent à des poissons.

La lumière est splendide ; par moments, les glaciers sont roses, l'eau prend des teintes qui varient du bleu foncé au vert clair ; les petits icebergs, bleus dans les crevasses de leur surface, sont verts dans leur portion immergée, beaucoup plus volumineuse que l'autre. L'un d'eux, éventré par l'étrave du *Foucauld*, manifeste une telle résistance et se brise avec un tel fracas que je comprends sans peine le danger que peuvent présenter de gros icebergs : qui ne se rappelle la catastrophe du *Titanic* ?

La température de l'air est de 3 degrés à midi ; elle sera de 4 à minuit. Celle de l'eau est de 2 à 3 degrés.

Le soleil brille de tout son éclat et le ciel est d'une pureté admirable. Les passagers sont au comble de la joie et M. « Puce » répand les éclats d'une gaieté communicative.

A 19 heures, le *Foucauld* entre dans l'Icefjord et à 22 heures, la vedette nous débarque à l'Advent-Bay, dans un site absolument désolé où l'on se demande comment des êtres humains peuvent y passer leur vie et y travailler depuis 1905 à l'exploitation du charbon : c'est la station houillère de *Longyear-City*, entre les mains de Compagnies anglaises et américaines.

Le commissaire du bord ayant manifesté le désir de nous voir mettre un smoking à dîner, j'ai endossé le mien et j'ai eu la paresse de changer de vêtement après le dîner. Si bien que j'ai débarqué au Spitzberg en smoking. Je ne crois pas qu'il soit arrivé souvent de fouler ce sol désolé en tenue de soirée.

Presque tous les passagers débarquent. En face du village, six ou sept maisons blanches, groupées à mi-hauteur de l'autre côté de la baie, et trois ou quatre au plus sur le rivage. A Longyear-City même, il n'y a peut-être pas plus d'une cinquantaine de maisons dont un minuscule bureau de poste, la maison du médecin, une petite église, une boutique-bazar (*butik*), une cantine où les ouvriers ont chacun leur thermos.

C'est un bateau échoué, recouvert d'un plancher, qui forme le pont du débarcadère. Quelques

## VARIÉTÉS *(Suite)*

hommes du pays nous regardent débarquer. Un soleil ardent éclaire horizontalement les montagnes de la baie qui prennent des teintes extraordinaires : de grandes bandes vertes, occupées par une herbe rare, les sillonnent de haut en bas, séparées par des bandes violettes de rochers dénudés. Certaines de ces montagnes ont des formes curieuses : on les dirait sculptées régulièrement par la corrosion des glaciers ou des torrents.



Soleil de minuit au Spitzberg (fig. 5).

A notre entrée dans le village, dont les maisons en bois sont séparées par de grands intervalles, nous entendons un chant monotone et lugubre : c'est le bruit des bennes de charbon, glissant — alternativement vides et pleines — le long des cordages qui traversent horizontalement la vallée. Il cadre bien avec la tristesse du paysage.

A l'entrée du village, des barres fixes, des trapèzes, des anneaux, attestent que les habitants s'adonnent à la culture physique, mais ils sont indifférents à la propreté de leur sol, dont la saleté est effrayante.

Il y a là près de 500 ouvriers qui travaillent dans la mine pour un salaire d'environ 15 couronnes par jour : ils ont un contrat de cinq ans. Pour distraction, le phono, la T. S. F.

Nous admirons dans leurs chenils de superbes chiens d'esquimaux, noirs, gris, ou noir et blanc. Il ne fait vraiment pas froid ; l'air est calme, la lumière d'une admirable pureté.

Nous cueillons quelques fleurs et la plupart d'entre nous sont à minuit sur le *Foucauld.*

J'écris au fumoir comme en plein midi, puis je reste quelque temps sur le pont sans pardessus : il ne fait pas froid. Le soleil est ardent ; il reste au-dessus des montagnes, il ne se couche pas et se lève sans qu'on s'en soit douté (fig. 5).

A une heure du matin, je regagne ma cabine. Des passagers arrivent seulement et se précipitent sur quelques restes alimentaires ; plusieurs d'entre eux se sont promenés toute la nuit à Longyear-City jusqu'au voisinage du glacier.

*Samedi 25 juillet.* — Le temps continue à être superbe. Je redescends au village. Deux passagers achètent des chiens d'esquimaux et les ramènent au bateau. Des petits bateaux « phoquiers » avec poste-vigie sont ancrés dans la rade.

Le soleil est éclatant ; pas un nuage dans le ciel.

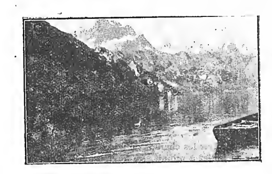
Le *Foucauld* pénètre dans Sassen-Bay où nous admirons le mont Temple, parcourt le Fjord du Nord et revient à la côte occidentale du Spitzberg ; mais, au lieu de la suivre, il passe plus en dehors le long de l'Ile du Prince Charles qui lui est accolée.

*Dimanche 26 juillet.* — A 7 heures, le *Foucauld* stoppe dans la *baie du Roi* d'où Amundsen et Nobile sont partis pour leur expédition polaire. De magnifiques glaciers descendent directement à la mer sur une largeur de plusieurs kilomètres ; là leur front a peut-être 50 mètres de haut, il est fissuré par d'énormes crevasses à fond bleu (fig. 6).

La *baie de la Croix* reçoit ensuite notre visite. Toutes ces montagnes du Spitzberg atteignent au plus 1 000 mètres d'altitude ; la plupart ont de 500 à 700 mètres.

Les cartes récentes montrent de singulières dénominations affectées au territoire du Spitzberg : la terre Albert I$^{er}$, le mont de la Princesse Alice, la chaîne de l'empereur Guillaume, le glacier du 14 Juillet, les monts du Président Loubet, la chaîne Casimir-Perier, les monts du Président Fallières (de 708 à 892 mètres de hauteur, au fond de la baie Mollen qui s'ouvre dans la baie de la Croix), les monts Poincaré, etc.

A midi, nous ancrons dans le fond de la baie Magdalena, circonscrit par de beaux glaciers.



Le Spitzberg (fig. 6).

Nous admirons à l'horizon des effets de mirage extrêmement curieux qui sont intéressants à suivre à la jumelle (fig. 7).

Nous contournons ensuite l'île des Danois et, dans la baie de Smeerenburg, nous voyons le lieu d'où André est parti en ballon en 1897 pour explorer le pôle.

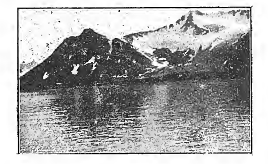
Le ciel continue à être d'une pureté admirable.

Le *Foucauld* s'arrête à l'île Vogelsang, au

## VARIÉTÉS *(Suite)*

nord du Spitzberg. Elle mérite son nom, cette île, car, en contournant dans les canots ses rochers dénudés, nous entendons le chant de milliers d'oiseaux : de véritables nuées de « guillemots nains » s'envolent à notre approche. Ils se tiennent perchés sur le sol à la façon des pingouins auxquels ils ressemblent : ventres blancs, ailes noires. Dans l'eau, près de la rive, quelques familles de canards s'ébattent.

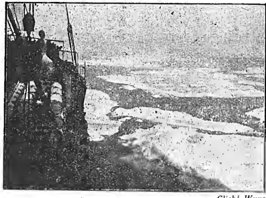
Après le dîner, le *Foucauld* a dépassé le 80e



Baie Magdalena au Spitzberg (fig. 7).

degré de latitude ; il ancre au nord du Spitzberg, près de l'*île Moffen*, au débouché de Wood-Bay et de Wijde-Bay.

A 23 h. 30, je suis encore sur le pont. Le soleil est brûlant ; il est au-dessus de l'horizon comme à 6 heures à Paris. C'est égal, vivre près de quatre



*Cliché Wyns.*

Le *Foucauld* dans les champs de glace par environ 80° lat. Nord, le 26 juillet à minuit. Au fond, brume polaire (fig. 8).

mois de suite par an, sans que le soleil se couche ; cela ne me plairait guère.

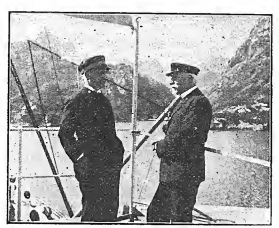
*Lundi 27 juillet.* — Froid, brouillard, sirène ; heureusement qu'on est bien chauffé sur le bateau.

Tristesse : on est un peu trop sans nouvelles des siens et des événements mondiaux sur lesquels le journal (?) quotidien du bord est un peu laconique. Nous savons cependant qu'un Zeppelin se dirige vers la terre François-Joseph et que le *Nautilus*, ce sous-marin spécial, dont l'expédition polaire est annoncée bruyamment depuis si longtemps, est encore en panne.

Le brouillard se dissipe assez vite pour que nous puissions suivre la nage gracieuse des phoques ou la rencontre avec le bateau des immenses glaces flottantes, aux formes les plus variées (champignons, tables, animaux géants), avec leurs lacs intérieurs et leur couleur bleue ou verte du plus heureux effet (fig. 8). Peu d'oiseaux; quelques rares guillemots. Nous ne voyons ni morses, ni baleines, ni ours blancs.

Si, au loin, la transparence de l'atmosphère fait défaut, nous avons du moins des « halos » d'aspect assez curieux.

A 17 heures, le *Foucauld* est entouré d'énormes



*Cliché Wyns.*

Le commandant Cariou et le baron de Gerlache sur la passerelle du *Foucauld* en vue des Lofoden, le 19 juillet à 22 h. 30 (fig. 9).

glaces dérivantes : on a le cœur un peu serré comme lui, mais c'est un spectacle merveilleux. Certaines de ces glaces se laissent franchement découper par l'étrave ; d'autres, sans se laisser entamer, s'enfoncent et roulent dans l'eau pour ressortir plus loin ; d'autres, enfin, opposent une telle résistance que le *Foucauld*, les entaillant à peine, est forcé de faire machine arrière et de les contourner.

Après le dîner, nous sommes à 81° 20 de latitude ; c'est la première fois qu'un paquebot du tonnage du *Foucauld* avance aussi haut dans l'océan Arctique. La *Stella Polaris*, moins puissante et mieux protégée, est montée jusqu'à 81° 30. Mais nous ne battrons point ce record et nous ne mettrons point le pied sur la banquise. Malgré l'avis de M. de Gerlache, le commandant du *Foucauld* n'ose point passer outre à la décision du pilote « spécial » qui dégage sa responsabilité, si l'on poursuit la route sur la banquise ; il ne

## VARIÉTÉS *(Suite)*

veut point exposer son bateau et... ses passagers aux dangers qui résulteraient d'une détérioration de la coque ou du bris de l'hélice. Cette année, après le dernier hiver, si peu froid, la banquise est très éloignée.

Bien que nous ayons eu une idée nette de l'approche de la banquise, nous n'avons point posé le pied sur cette nappe glaciaire continue qui la caractérise et nous sommes tous un peu déçus... L'important est, peut-être, que nous ayons eu la chance — exceptionnelle, dans ces parages — de trois jours d'un temps idéal au Spitzberg.

*Mardi 28 juillet.* — Un roulis assez fort jusqu'à midi. Plusieurs passagers sont malades, des dames surtout.

A 8 h. 45, nous longeons, à tribord, un immense iceberg isolé, régulièrement découpé comme un segment de fromage blanc : c'est le plus étendu que nous ayons encore vu ; peu élevé, mais au moins 100 mètres de long sur 40 de large .

Ciel gris ; vent violent et glacial ; température de + 1° seulement dans l'après-midi.

Nous redescendons dans l'océan glacial Arctique.

*Mercredi 29 et jeudi 30 juillet.* — Journées tristes ; ciel gris. Par moments, brouillard à couper au couteau.

L'air est moins froid : entre + 3 et + 9 degrés.

*Vendredi 31 juillet.* — Dès 8 heures, le *Foucauld* est en vue de l'île Jan Mayen, mais la fusion est si complète entre le ciel et l'eau que nous ne pouvons pas descendre à terre.

A midi seulement, le brouillard ayant disparu, nous pouvons longer tout le flanc occidental de cette île désertique, inhabitée, formée de belles montagnes neigeuses et curieusement découpées. Dominant la « Baie anglaise » garnie de bois flottants échappés de Russie, se trouvent de grands glaciers dont le Beerenberg, qui a plus de 2 500 mètres d'altitude.

*Samedi 1er août.* — Alternatives de temps clair et brumeux. A 10 heures, je visite les machines du bateau. L'après-midi, les passagers s'amusent à des jeux du pont.

Le soir, de 22 h. 15 à 22 h. 40, un coucher de soleil d'une beauté étourdissante.

Nous commençons à avoir un peu de nuit, nous saluons sa venue avec joie.

*Dimanche 2 août.* — De bonne heure, par un beau soleil qui ne persistera pas, nous arrivons à l'archipel des *Féroër*, appartenant au Danemark. Nous longeons la plus grande île, Stromo, dans le défilé de Wesmannasund, et après un court arrêt en vue de Kirkebo où M. de Gerlache va seul en vedette s'assurer qu'on ne peut pas débarquer, nous ancrons à la capitale, *Thorshavn*.

Les canots nous déposent dans ce village de 3 000 habitants, ravissant à voir de loin avec ses maisons multicolores, dont certaines toutes blanches avec des toits rouge vif, moins intéressant à visiter. Les boutiques sont fermées, c'est le dimanche protestant dans toute sa tristesse.

Quelques autos Chevrolet ou Ford ; beaucoup d'hommes avec une petite toque spéciale, noire, à raies rouges sur la tête, quelques-uns en costume national.

La nuit est de plus en plus longue.

*Lundi 3 août.* — Brouillard toute la matinée. Le *Foucauld* passe entre les Shetland à bâbord et les Orcades à tribord, mais nous ne voyons rien.

Les passagers s'amusent follement toute l'après-midi avec des courses de chevaux assez particulières.

Le soir, tirage d'une tombola.

*Mardi 4 août.* — Notre bateau arrive de bonne heure à *Leith*, le port d'Edimbourg. Il ancre à distance de la rive et c'est un vieux petit bateau écossais à roues qui vient prendre les passagers pour les amener à bord.

Sur ce bateau, une estrade loge un jazz de trois musiciens (tambour et accordéons) qui jouent en mesure les airs les plus variés ; il n'en faut pas plus, malgré la brume qui estompe au loin les contours de la côte écossaise, pour mettre le public en gaieté, et des danses s'organisent. Au bout de vingt minutes, nous débarquons au quai Victoria : un grand policeman, au chef rehaussé d'un long casque bleu, aux gants blancs à crispins, assiste à notre débarquement.

Des autocars nous attendent qui emmènent, les uns dans *Edinburgh* seulement, les autres à *Melrose* et Dryburgh Abbet, puis à Edinburgh. Je fais partie de ces derniers.

Traversée de faubourgs assez vilains, avec maisons noires et boutiques sans élégance. Mais, dans la banlieue, les jolies villas et les verts cottages réjouissent nos yeux. Le soleil daigne nous sourire : tout est pour le mieux. Et c'est un long défilé dans la campagne écossaise : toute une vaste prairie à l'herbe si drue et si verte, qu'elle fait plaisir à voir. Des moutons en quantité, tous magnifiques, quelques-uns colorés en jaune ; peu de vaches, noires ou grises et sans

## VARIÉTÉS *(Suite)*

cornes ; de plus rares chevaux. Sur le bord de la route, çà et là, les Anglais font des pique-niques.

Nous visitons d'abord la maison de Walter Scott, le manoir d'*Abbotsford*, où il mourut en 1832, mélange de tous les styles, un musée d'antiquités, salle d'entrée, cabinet de travail, bibliothèque, salon, etc... Arrivés avant nous, quelques touristes anglais, parmi lesquels certaines femmes « fagotées », comme seules peuvent l'être des Anglaises.

Visite ensuite de l'Abbaye de *Melrose*, fondée au XII[e] siècle, successivement détruite et rebâtie à plusieurs reprises, enfin de *Dryburgh Abbey*, dans une boucle de la rivière Tweed, lieu de sépulture de Walter Scott et, depuis un an, du maréchal Douglas Haig. Le gazon qui recouvre la tombe de ce soldat est parsemé de coquelicots métalliques d'un heureux effet : c'est mieux que les petits motifs recouverts d'une cloche à fromage que nous avons vus dans les autres cimetières. A côté de la tombe, dans une excavation des ruines, se trouvent les couronnes offertes par le roi d'Angleterre, par le prince de Galles, par la France, etc.

Mais le temps passe, nous n'avons rien mangé depuis 7 heures et nos autocars n'avancent pas, ils ne peuvent pas grimper les côtes ; d'ailleurs les automobiles particulières que nous avons rencontrées avançaient encore moins que les nôtres, puisqu'elles se laissaient doubler... à droite bien entendu, selon l'habitude anglaise.

L'agence Cook a fort mal organisé cette excursion : un programme trop vaste, pas de collation prévue, des guides qui ne savent pas (ou ne veulent pas) parler français, absence de direction qui laisse les voyageurs vagabonder un temps infini au milieu de ruines sans intérêt, etc.

Nous arrivons déjeuner à Edinburgh seulement à 16 h. 30, et quel déjeuner au restaurant Ferguson, Princes-Street ! exécrable, sauf le beurre, le pain, le vin et les gâteaux secs. Un potage au poivre de Cayenne qui emporte la bouche ; un poisson médiocre, un mouton cuit à l'eau parfumée de menthe, des petits pois au cumin, des pommes sautées à la graisse, un entremets à la gélatine, un café de gland doux imbuvable !

Edinburgh est une ville de plus de 300 000 habitants, dans un site pittoresque, sur une chaîne de collines, coupée par de profonds ravins, au sud du Firth of Forth ; la plus belle rue est Princes-Street, en face du magnifique château qui domine la ville ; il n'y a d'habitations avec des magasins superbes que d'un seul côté. L'autre côté est occupé par de beaux jardins étendus jusqu'à la base du château, et des palais comme l'Académie, la National Gallery, des statues, le monument de Walter Scott, etc.

Il y a du reste beaucoup de jardins dans Edinburgh, et surtout des terrains de jeux *herbagés* où les enfants s'ébattent joyeusement, plantent leurs tentes, etc. O édiles parisiens, au lieu de laisser les fêtes s'installer dans la cité pour la satisfaction des « bistrots », créez donc des espaces libres, avec des prairies pour la joie et la santé de nos enfants !

Je ne puis, à mon grand regret, visiter les Musées, puisque le bateau anglais nous ramène à 18 heures au *Foucauld* avec son même jazz, non sans avoir accosté maladroitement en brisant une de ses rampes. Marine anglaise, que deviens-tu ?

Notre paquebot vire, se rapproche du gigantesque pont du Forth, œuvre d'art véritable, et cingle vers Zeebrugge.

Une agréable séance de cinéma (détails de notre croisière et une croisière du *Brazza* sur la côte d'Afrique) dans la soirée du 4 août ; une très spirituelle revue en vers : *Allo, Nord 81.20*, signée du D[r] Bozo, stomatologiste de l'hôpital de la Pitié, et de M. Leray après le plantureux dîner d'adieux du 5 août, nous font envisager avec regrets la fin de cette croisière de vingt-huit jours, qui, bien organisée, conduite avec sagesse, favorisée par le beau temps, fait honneur au *Bruxelles médical* et nous laissera à tous des souvenirs impérissables.

*Vendredi 7 août.* — En mettant le pied sur le sol de la France, j'avais effectué sur mer un parcours de 9 512 kilomètres sans le moindre malaise. Et quel beau parcours !

# REVUE DES CONGRÈS

## COMPTE RENDU DU III[e] CONGRÈS INTERNATIONAL DE RADIOLOGIE

*(suite)* (1)

### SECTION II. — Radiothérapie.

Cette section, divisée également en deux sous-sections, sous la présidence de MM. BEAUJARD et ZIMMERN pour la sous-section C, de Mme S. LABORDE et M. MONOD pour la sous-section D, groupa un nombre imposant de communications.

#### GÉNÉRALITÉS.

*Les rayons limites.* — M. D.-M. LÉVY. Etude physique et biologique des rayons limites.

*Le dosage en röntgenthérapie.* — M. GUILBERT étudie les moyens d'obtenir un critérium de dosage autre que celui énoncé par Solomon : la dose compatible avec l'intégrité des téguments et des organes.

#### AFFECTIONS OCULAIRES.

*Résultats de la röntgenthérapie dans quelques affections oculaires.* — MM. DI MARZIO et SALVATORI. Étude de la thérapeutique par les rayons X dans les kératites, les uvéites, le trachome et les affections néoplasiques de l'œil.

*La curiethérapie du trachome.* — MM. LIORBER et KROUGLOFF.

#### DERMATOLOGIE.

*Résultats éloignés de l'hypertrichose obtenus par la sensibilisation de la papille.* — M. CHILAIDITI. Un ou deux jours après épilation par pince, application de 1 000 R Solomon, filtre 1 à 2 millimètres d'aluminium, rayons demi-durs. Répétition du procédé après trois mois.

*Une nouvelle méthode de röntgenthérapie indirecte.* — M. KEMERI. Beaucoup de cas d'eczéma sont dus à des infections focales. En irradiant le foyer, on guérit l'eczéma.

#### ORGANES GÉNITAUX MASCULINS.

*Radiothérapie des indurations des corps caverneux.* — MM. PELIZZA et J. BELOT. C'est une affection rare pour laquelle les auteurs ont obtenu de bons résultats. Toutes les autres méthodes thérapeutiques échouent généralement.

44 *cas d'adénome de la prostate traités par la röntgenthérapie.* — M. ZACCARIA.

#### GLANDES ENDOCRINES.

*Note sur le rôle régulateur de la radiothérapie dans la balance des endocrines.* — MM. HUET et SOBEL. Dans tout déséquilibre endocrinien, il semble y avoir trois facteurs : une glande est déficiente, une autre la supplée et entre en hyperfonctionnement ; une troisième semble être le relai entre les deux premières. L'action bien conduite de la radiothérapie entraîne le rétablissement de l'équilibre.

(1) Voir le début de ce compte rendu dans le précédent numéro.

*Röntgenthérapie de la maladie de Basedow.* — MM. SERRAND et J. BELOT. Indications et technique de traitement d'après l'expérience des auteurs à l'hôpital Saint-Louis.

*Technique et résultats de la röntgenthérapie de la maladie de Basedow.* — MM. GIBERT et SOLOMON. — Indications respectives des diverses thérapeutiques de cette maladie d'après l'expérience des auteurs à l'hôpital Saint-Antoine.

*A propos du traitement de la maladie de Graves-Basedow par l'électro-radiothérapie.* — MM. MOREL-KAHN et DELHERM. — Il faut regretter que les traitements physiothérapiques, qui ne le cèdent à aucun autre, aient été systématiquement écartés pour n'envisager que les traitements médicaux et chirurgicaux. Tous les cas d'hyperthyroïdie, sauf ceux où la gravité des symptômes est telle qu'il faille envisager une intervention immédiate d'urgence, paraissent justiciables de l'électro-radiothérapie. La statistique des auteurs porte sur 314 cas suivis dans leur service de la Pitié et traités par l'électro-radiothérapie. Elle comporte 216 cas très améliorés ou guéris cliniquement, soit 70 p. 100 environ.

#### SYSTÈME OSSEUX.

*Propagation intracranienne des infections chroniques des sinus profonds: signes radiologiques. Symptomalogie. Traitement par röntgenthérapie à très faibles doses.* — M. E.-J. HIRTZ. — Méthode de traitement lente mais donnant d'excellents résultats.

*Technique de polyradiothérapie associée à la médication nterne dans les décalcifications localisées.* — M. CHAUMET Dans toutes les arthrites décalcifiantes, dans les retards de consolidation de fractures, l'auteur conseille l'association de la röntgenthérapie locale, des ultraviolets généraux et l'ingestion de phosphates de chaux.

#### VAISSEAUX.

*Un cas grave de thrombo-phlébite traité avec succès par la radiothérapie.* — M. MEYER.

#### SYSTÈME NERVEUX.

*Poliomyélite antérieure aiguë et méthode de Bordier.* — MM. TIXIER et RONNEAUX. — Les auteurs rapportent 15 cas où la méthode de Bordier a heureusement influencé l'évolution des paralysies. Ils estiment que l'électro-diagnostic n'est pas, à leur avis, le seul test dont il convient de tenir compte pour apprécier la radiothérapie. Il faut également tenir compte de l'évolution fonctionnelle, du facteur temps et des doses des rayons X employées.

*Tumeurs cérébrales améliorées par la radiothérapie.* — M. MATHIEU. Intéressantes observations avec guérison clinique.

#### SANG ET SYSTÈME LYMPHATIQUE.

*La télérontgenthérapie totale du corps humain.* — M. DEVOIS étudie les diverses techniques d'irradiation totale du corps humain et passe en revue les indications de cette technique. Parmi celles-ci, les leucémies

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

myéloïdes bénéficient grandement de la téléröntgenthérapie totale, surtout quand les applications localisées à la rate et aux os longs ont épuisé leur action.

*Du rôle de la radiothérapie dans le traitement de la lymphogranulomatose inguinale subaiguë.* — MM. NAHAN et BELOT.

*Notre méthode de röntgenthérapie de la lymphogranulomatose (Hodgkin). Résultats éloignés.* — MM. GILBERT et BABAIANTZ. Technique déjà exposée au Congrès de Stockholm ; actuellement, la survie moyenne avec cette méthode est de six ans quatre mois.

*La röntgenthérapie pénétrante et lymphogranulomatose ; résultats et conclusions.* — M PIERQUIN.

*La röntgenthérapie et la téléröntgenthérapie dans la lymphogranulomatose.* — M. SLUYS préconise l'irradiation de tout le corps, soit par champs séparés, soit par téléröntgenthérapie et à dose faible.

### TECHNIQUE DE LA CURIETHÉRAPIE.

*La question de la filtration rationnelle en curiethérapie.* — M. STAHEL a étudié la question du rayonnement secondaire et en arrive à cette conclusion que, dans les traitements à distance, il n'est pas besoin de filtration secondaire. Dans les applications locales de radium, les filtres de poids atomique moyen sont préférables aux filtres de faible poids atomique.

*Avantagse et indications de la bétathérapie en curiethérapie dermatologique.* — M. P. DEGRAIS. Les appareils à émail radifère, utilisés sans filtre ou avec un filtre très léger d'aluminium, réalisent des appareils commodes pour une bétathérapie des lésions superficielles certainement plus efficaces que la gammathérapie.

*Vue générale sur l'organisation, les techniques et les résultats de la radiothérapie des tumeurs malignes à l'Institut du radium de Paris.* — M. Cl. REGAUD.

### CANCER DU COL DE L'UTÉRUS.

*Utilité de l'examen bactériologique dans le traitement du cancer de l'utérus par les radiations.* — M. HŒD. Avant tout traitement par les radiations, l'auteur tente d'obtenir par la vaccination et la désinfection de la tumeur, l'absence de streptocoque hémolytique et la présence de pouvoir bactéricide dans le sang.

*Notes statistiques sur le traitement des cancers du col de l'utérus par les radiations.* — M. BÉNARD-GUÈDES.

*La radiothérapie du cancer de l'utérus au centre anticancéreux de la banlieue parisienne ; statistique des années 1921 à 1926.* — Mme S. LABORDE et M. WICKHAM. D'après ces statistiques, le nombre de malades se maintenant guéries après cinq ans oscille aux environs de 23 p. 100 des cas traités.

*Huit années de dose fractionnée et étalée dans la röntgenthérapie des cancers, avec quelques remarques sur le dosage intravaginal dans la röntgenthérapie des cancers du col de l'utérus.* — M. GUNSETT donne les détails de sa technique pour le cancer du col et pour celui du larynx.

### CANCER DE LA TÊTE ET DU COU.

*Traitement radio-chirurgical de quelques tumeurs du massif maxillo-facial.* — MM. LEVESQUE et GAUDUCHEAU.

*Traitement des épithéliomas ethmoïdo-orbitaires par l'association chirurgie-curiethérapie.* — MM. HAUTANT et O. MONOD. Dans ces cancers, les auteurs préconisent l'ablation chirurgicale large par voie externe, suivie immédiatement de curiethérapie intracavitaire.

*Résultats de la röntgenthérapie des cancers épithéliaux du larynx au cours des années 1920 à 1926.* — M. H. COUTARD. Les cancers intrinsèques sont actuellement guéris dans de bonnes proportions par les rayons X seuls. La survie après traitement de quatre ans est de 28 p. 100 en moyenne,

*1 302 cas d'épithélioma cutané ; résultats obtenus par la röntgenthérapie et la curiethérapie.* — MM. BUTLER et MORELLI.

*Les méthodes mixtes dans le traitement des épithéliomas cutanés.* — M. J. BELOT. La technique de l'auteur consiste à pratiquer, avant toute radiothérapie, un raclage à la curette des tissus néoplasiques, de façon à enlever la plus grande partie de ceux-ci en s'arrêtant au plan de résistance qui limite les tissus sains. Sur cette surface cruentée est appliquée une forte dose de rayons X, modérément pénétrants (120 kilovolts), sans filtre. Cette dose varie entre 15 et 25 unités H selon les cas. L'auteur estime que de l'emploi judicieux des radiations, de leur combinaison avec le raclage et, dans certains cas, avec l'électro-coagulation, dépend le succès final, dans la grande majorité des épithéliomas cutanés limités à la peau.

*La radiothérapie des cancers développés sur lupus.* — M. J. BAUD.

### CANCER DU SEIN.

*Cancer du sein ; röntgen et curiethérapie des cas opérables et à la limite de l'opérabilité.* — M. WEBSTER.

*Données cliniques au sujet de l'irradiation pré et post-opératoire du cancer du sein.* — M. DE BACKER.

*Röntgenthérapie du cancer du sein ; étude satistique des résultats de plus de 1 000 cas.* — M. PFAHLER estime qu'il y a lieu de conseiller l'irradiation pré-opératoire s'il y a des ganglions, et des irradiations post-opératoires dans tous les cas de cancer du sein.

*Radiothérapie post-opératoire du cancer du sein.* — MM. ROBINEAU et GALLY rapportent trois observations-types qui démontrent d'une façon remarquable l'utilité du traitement radiothérapique post-opératoire du cancer du sein.

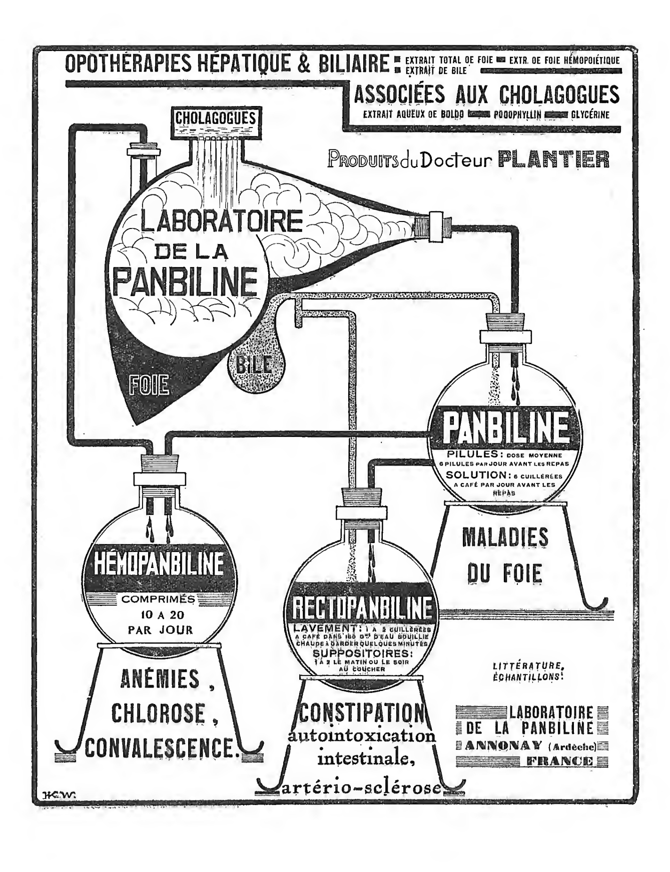
*Traitement mixte, chirurgie et röntgenthérapie à feu nu ; rayonnement moyennement pénétrant, une seule séance, des néoplasmes du sein.* — M. COSTE.

*Curiethérapie post-opératoire du cancer du sein ; indications et technique.* — MM. MALLET et COLIEZ. — Les auteurs font surtout de la curiethérapie transcutanée, trois semaines à un mois après l'intervention. L'emploi du bistouri électrique a d'ailleurs reculé les limites de l'opération, car il permet d'éviter l'ensemencement.

### CANCER DU TUBE DIGESTIF.

*Résultats obtenus dans le traitement des cancers de l'estomac par radium à distance.* — MM. Cl. REGAUD et O. MONOD publient deux succès relatifs remontant à


LE COMPLÉMENT TRÈS EFFICACE DE LA CURE THERMALE
urazine
CITRO-SALICYLATE DE PIPÉRAZINE
DISSOLVANT DE L'ACIDE URIQUE
ANALGÉSIQUE
ANTISEPTIQUE
GOUTTE
GRAVELLE
RHUMATISME
EN TUBES DE 20 COMPRIMÉS A 0gr,30
EN FLACONS DE GRANULÉS EFFERVESCENTS
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE "SPÉCIA"
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
86, RUE VIEILLE DU TEMPLE_PARIS_3e



OPOTHÉRAPIES HÉPATIQUE & BILIAIRE
EXTRAIT TOTAL DE FOIE
EXTR. DE FOIE HÉMOPOIÉTIQUE
EXTRAIT DE BILE
ASSOCIÉES AUX CHOLAGOGUES
EXTRAIT AQUEUX DE BOLDO
PODOPHYLLIN
GLYCÉRINE
PRODUITS du Docteur PLANTIER
CHOLAGOGUES
LABORATOIRE DE LA PANBILINE
FOIE
BILE
PANBILINE
PILULES: DOSE MOYENNE 6 PILULES PAR JOUR AVANT LES REPAS
SOLUTION: 6 CUILLÉRÉES A CAFÉ PAR JOUR AVANT LES REPAS
MALADIES DU FOIE
HÉMOPANBILINE
COMPRIMÉS 10 A 20 PAR JOUR
ANÉMIES, CHLOROSE, CONVALESCENCE.
RECTOPANBILINE
LAVEMENT: 1 A 2 CUILLÉRÉES A CAFÉ DANS 150 Grs D'EAU BOUILLIE CHAUDE A GARDER QUELQUES MINUTES
SUPPOSITOIRES: 1 A 2 LE MATIN OU LE SOIR AU COUCHER
CONSTIPATION autointoxication intestinale, artério-sclérose
LITTÉRATURE, ÉCHANTILLONS:
LABORATOIRE DE LA PANBILINE
ANNONAY (Ardèche)
FRANCE

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

plus de quatre ans dans des cancers inopérables de l'estomac. Dix-sept autres malades sont morts de l'évolution de leur cancer.

*Cancer de l'estomac, insertion intrapéritonéale de tubes capillaires de radon.* — M. Lévin.

CANCER DE LA VESSIE.

*Résultats obtenus dans quelques cas de cancer de la vessie traités par le radium à distance.* — MM. Monod et Wolfromm. Six cas de cancer traités de 1927 à 1929 : 5 morts, un malade vivant. L'action des radiations n'entraîne encore qu'une stérilisation insuffisante de la tumeur.

SECTION III. — **Radiophysique et radiotechnique.**

La présidence de cette section avait été confiée à MM. Strohl et Holweck. Dans cette section, les physiciens discutèrent avant tout de la dosimétrie des radiations. L'œuvre d'unification des mesures commencée à Londres en 1925, puis à Stockholm en 1928, fut poursuivie. Nous ne résumerons ici que quelques-unes des communications relatives aux mesures en radiologie.

MESURE EN RADIOLOGIE. MESURE INTERNATIONALE.

*La mesure des appareils de radium en pratique courante.* — M. Coliez s'étonne de voir encore utiliser les notations en milligramme-heure et millicuries-détruits pour les applications en surface et les applications de radium à distance. Il décrit une méthode de notation et une unité ionométrique préconisées et employées en France par lui-même.

*Sur la réalisation en France de la notation des unités.* — M. Solomon décrit les dispositifs d'étalonnage des ionomètres actuellement en usage, dispositifs qui ont été réalisés dans son service de l'hôpital Saint-Antoine.

*Etude critique et expérimentale sur la traduction des unités biologiques en unités physiques.* — M. Wangermez.

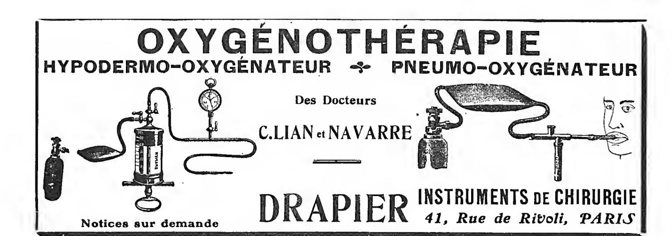
TECHNIQUE RADIOLOGIQUE.

*Réalisation de la radioscopie, de la radiographie, de la radiocinématographie et de la radiomicrographie.* — M. Dauvillier.

*Projections en relief sans anaglyphes.* — M. Dioclès fait une critique judicieuse du procédé des anaglyphes et préconise tout un groupe d'appareils permettant la vision en relief de clichés projetés.

*Appareil de téléradiographie auto-protecteur avec dispositifs multiples d'antidiffusion.* — M. Ch. Viallet. Description d'un appareil que l'auteur a fait établir dans son service d'hôpital de Mustapha et avec lequel il peut téléradiographier ses malades à 3 mètres, en position couchée.

*Utilisation d'un sélecteur automatique pour la radiographie de l'appareil cardio-respiratoire.* — M. Cottenot


OXYGÉNOTHÉRAPIE
HYPODERMO-OXYGÉNATEUR PNEUMO-OXYGÉNATEUR
Des Docteurs
C. LIAN et NAVARRE
DRAPIER
INSTRUMENTS DE CHIRURGIE
41, Rue de Rivoli, PARIS
Notices sur demande

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Description d'un contacteur automatique permettant la prise de clichés au moment désiré de la révolution cardiaque, ou encore à un moment déterminé de la respiration, d'où possibilité de prendre deux clichés pulmonaires au même temps de la respiration et d'obtenir ainsi un couple stéréo-radiographique parfait.

*L'équipage radiologique mobile de la Compagnie des chemins de fer du Nord.* — M. HIRSCHBERG. Description d'un dispensaire ambulant qui permet à la Compagnie du Nord de lutter efficacement contre la tuberculose.

*Nouvelles possibilités en radiologie.* — M. BOUWERS. Description des nouveaux appareils « Métalix » pour diagnostic et thérapie.

*Un appareil spécial pour la radiologie thoracique.* — M. HONDIUS BOLDINGH. Description de l'appareil Rotalix, dont le principe est le suivant : l'énergie qui est accumulée dans un condensateur se décharge en quelques centièmes de seconde dans un tube Rotalix au moment de la prise du cliché.

SECTION IV. — **Radiobiologie.**

Dans cette section furent groupées les communications concernant l'action physiologique des radiations sur les tissus organiques. Elle fut présidée par MM. LACASSAGNE et RONNEAUX.

*La mesure biologique des radiations.* — M. WOOD. Résumés d'expériences effectuées au *Crocker Institute for cancer research.* Ces expériences conduisent à cette conclusion que la dose léthale est indépendante de la longueur d'onde et ne dépend que de la quantité d'énergie absorbée par chaque cellule.

*Contribution à l'étude de l'action biologique comparée des rayons X et des rayons Gamma.* — M. G. SIMON. D'après les expériences rapportées, le flux radiant par unité de temps a plus d'importance que la longueur d'onde du rayonnement au point de vue de l'effet biologique produit.

*Les facteurs de l'électivité dans les effets biologiques des rayons X.* — MM. R. FERROUX et Cl. REGAUD. L'allongement du temps de traitement augmente l'électivité. L'électivité des lésions est d'autant moins fine qu'on élève la dose. La cachexie, le mauvais état général contribuent fortement à diminuer l'électivité des lésions.

*Interprétation quantique de la radio-sensibilité cellulaire.* — MM. HOLWECK et LACASSAGNE.

*Influence du facteur temps dans la radiostérilisatio de la tumeur maligne du lapin de Brown-Pearce.* — MM. FERROUX, W. NIKA et Cl. REGAUD. Il est très difficile, peut-être impossible, de stériliser cette forme de cancer, sans lésion grave des téguments, par le moyen d'une irradiation massive. Au contraire, on a réussi à la guérir par un traitement de 4 500 R Solomon, divisé en cinq fractions et étalé sur neuf jours.

*Les principes biologiques de la röntgensaturation.* — M. NICOTRA. On peut admettre que certains éléments succombent par une dose spécifique D. D'autres ne

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

succombent pas, mais ont perdu une partie de la vitalité par la D. Une fois la dose D épuisée, ces cellules régénèrent progressivement leur vitalité qui sera complète pendant le temps T. Par la röntgensaturation, après avoir épuisé toute la dose D, on frappe ces divers éléments périodiquement pendant des fractions de temps $T/n$ avec des fractions de dose $n \times T/n$.

*L'action des rayons X sur les cultures de tissus.* — MM. DOLJANSK, J. TRILLAT, LECOMTE DU NOUY et ROGOZINSKI. Les cultures cellulaires se sont révélées peu sensibles à l'action des rayons. Une dose de 25 000 *r* provoque un ralentissement net de développement de la colonie irradiée. La dose léthale est égale à 125 000 *r*. Elle est sensiblement la même pour toutes les cultures.

*Recherches sur la stérilisation des adéno-carcinomes spontanés de la mamelle de la souris, par les rayons X.* — M. SAMSSONOW. On ne peut espérer obtenir une guérison définitive de l'animal par une radiothérapie localisée car la mamelle occupe une grande étendue du tronc. Les métastases pulmonaires sont fréquentes. Cet adéno-carcinome est extrêmement radio-résistant.

*Localisation du radium E associé au bismuth après injection à un animal cancéreux.* — MM. LACASSAGNE et NYKA. Du radium E associé à du bismuth a été injecté à des souris atteintes de cancer spontané et à des lapins greffés avec la tumeur de BROWN-PEARCE. Malgré que ces corps fussent injectés à doses toxiques, ils n'ont pas réussi à entraîner la régression des tumeurs malignes.

*Recherches sur les modifications du sang chez les malades traitées par les radiations pour cancer du col de l'utérus.* — M. LAVEDAN. Les indications pronostiques qu'on peut tirer de l'examen régulier du sang chez les malades irradiées sont d'importance modérée. Il est possible, avec des techniques appropriées, d'obtenir des résultats thérapeutiques excellents en ne déterminant que des modifications sanguines peu importantes et de réparation rapide.

*Une hypothèse de recherche radiobiologique : la théorie actinique du cancer.* — M. GRYNKRAUT.

## SECTION V. — Électrologie.

Cette section avait été placée sous la présidence de MM. BOURGUIGNON, DELHERM et LAQUERRIÈRE. Lors de l'ouverture des travaux, M. DELHERM fit acclamer comme président d'honneur le professeur d'ARSONVAL.

De nombreuses et intéressantes communications furent lues et discutées dans cette section. L'intérêt que suscitèrent certaines questions traitant de modalités électro-thérapiques nouvelles, aurait justifié une mise au point dans un rapport spécial, lu toutes sections réunies. Beaucoup, comme nous, déplorèrent cette lacune. Il faut espérer que, lors du prochain Congrès international, l'électrologie recevra la place qu'elle mérite.

La radiothérapie et l'électrothérapie sont deux sciences connexes, ayant une commune origine et dont les effets sont parfois semblables, se complétant admirablement

Suite à la page XVI.

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

L'assiduité avec laquelle nombre de congressistes suivirent les travaux de la section d'électrologie montre que notre point de vue est largement partagé.

ÉLECTRO-DIAGNOSTIC.

*L'examen électrologique en clinique dentaire.* — MM. PASTEUR et FLEURY.

*La détermination de la réaction de dégénérescence par la recherche de l'hypoexcitabilité du muscle au courant galvanique bref.* — M. THIBONNEAU détermine d'abord l'excitation du muscle avec un courant galvanique long, c'est-à-dire de l'ordre de la seconde, puis avec un courant galvanique bref, de l'ordre du centième de seconde, qu'il établit par un choc bref du doigt sur la clef de contact. Il compare l'étendue et la forme des deux contractions successives.

*De la fréquence de la contraction galvanotonique au cours de la réaction de dégénérescence.* — M. VENTURINI. — La contraction galvanotonique est relativement fréquente surtout sur les petits muscles.

*Chronaxie et réflexes. Le rôle de la chronaxie dans le diagnostic des lésions centrales.* — M. BOURGUIGNON. — Les modifications de la chronaxie qui sont à la base des réflexes pathologiques révèlent les neurones lésés. Il se constitue de véritables syndromes chronaxiques caractéristiques des différentes lésions centrales, et c'est ainsi que la chronaxie permet de reconnaître les lésions centrales et de les localiser.

*Une cause d'erreur dans la mesure de la chronaxie des muscles dégénérés au point moteur.* — M. HUMBERT. Sur certains muscles présentant des fibres saines et des fibres dégénérées, on peut, par mégarde, prendre la rhéobase sur la fibre dégénérée et la chronaxie sur la fibre saine, d'où chronaxie erronée.

*L'électromyogrammétrie des manœuvres de massage.* — MM. BESSE, DUCHOSAL et EHRLICH.

IONISATION.

*Un dispositif à triodes pour la mesure de courants d'ionisation.* — M. GUEBEN.

*De l'importance du traitement par l'ionisation iodée dans les névrites traumatiques.* — MM. G. HARET et MOUTARD.

*L'ionisation de pilocarpine. Sa valeur diagnostique.* — M. GIRAUDEAU. L'ionisation de pilocarpine permet d'explorer la fonction sudorale en faisant sécréter localement les glandes sans être obligé de recourir aux injections sous-cutanées qui provoquent des phénomènes généraux pénibles. Le professeur Jeanselme et l'auteur pensent que l'ionisation de pilocarpine fournirait un signe diagnostique nouveau entre l'anesthésie d'origine périphérique et centrale pouvant être utilisé pratiquement pour distinguer une lèpre nerveuse de la syringomyélie.

*De l'introduction électrolytique médicamenteuse dans les phlébites subaiguës.* — M. H. BEAU, dans les phlébites subaigües, utilise de grandes électrodes dépassant la zone malade, imprégnées d'une solution de salicylate de soude à 3 p. 100.

ÉLECTROLYSE.

*Electrolyse des tumeurs nævіques.* — MM. BUHLER et J. BELOT. On doit grouper sous le nom de tumeurs nævіques, tous les nævi plus ou moins saillants et circonscrits, à l'exclusion des nævi en nappes. Toutes ces productions sont justiciables de l'électrolyse si elles ne dépassent pas certaines dimensions. Cette méthode donne des résultats excellents à brève et à longue échéance.

LAVEMENT ÉLECTRIQUE.

*Le lavement électrique (indications, technique, interprétation des résultats).* — MM. P.-H. CODET et L. DELHERM. Thérapeutique d'urgence, le lavement électrique donne d'excellents résultats dans l'occlusion chronique, les ileus post-opératoires, la constipation opiniâtre. Il est surtout contre-indiqué quand il y a réaction inflammatoire (appendicites en particulier).

ÉLECTROTHÉRAPIE.

*Le rôle de l'électrothérapie dans le traitement des rhumatismes chroniques.* — M. H. DAUSSET.

*La galvano-fangothérapie dans le traitement des ostéo-arthrites goutteuses.* — M. P. DARRICAU. Une compresse d'ouate imbibée d'eau distillée est largement saupoudrée de boue radio-active. Les deux électrodes sont semblables. On constate une diminution de l'œdème et une disparition de la douleur.

*Les ondes galvaniques alternatives à longue période.* — M. LAQUERRIÈRE. Ces ondes ont essentiellement une action entrophique générale souvent remarquable et une action gymnastique élective sur les muscles dégénérés.

*Action trophique locale des ondes galvaniques alternatives à longue période.* — MM. LAQUERRIÈRE et LOUTIER relatent les actions remarquables obtenues par les ondes galvaniques à longue période dans les atrophies musculaires post-névritiques, dans les flaccidités de la paroi abdominale, dans les prolapsus utérins, dans les incontinences d'urine accidentelles chez la femme après l'accouchement.

*Note sur le traitement de la poliomyélite antérieure aiguë.* — M. DELHERM. Les partisans de la radiothérapie affirment qu'elle doit être appliquée aussitôt que possible, même pendant la période d'infection. Or, à cette période se produisent fréquemment des régressions importantes. Il est donc difficile de discriminer ce qui revient à l'action du traitement ou à la régression spontanée. Quoi qu'il en soit, il ne faut pas s'abstenir d'appliquer la radiothérapie. Il convient toutefois de lui associer la diathermie lorsqu'on constate des troubles vaso-moteurs. On lui associera également le courant excito-moteur voltaïque puis faradique. Ce traitement, combiné ou non au courant voltaïque constant, qui depuis Duchenne de Boulogne a fait amplement ses preuves, ne peut être distrait des autres modes de traitement.

*Traitement des ptoses du tube digestif par l'électrothérapie.* — M. BERTHOMIER. L'auteur cherche à calmer l'irritabilité des plexus et à fortifier la musculature par le courant continu. Mais il a souvent recours au lavement électrique ou à l'électricité statique.

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Haute fréquence.

*La résistance du corps humain au courant de haute fréquence et ses déviations de la normale.* — M. Rzchevkin.

*Sur l'examen et le traitement au moyen des ondes de haute fréquence entretenues et redressées.* — MM. Cluzet et Ponthus.

*Les myalgies thoraciques, douleur signal dans les poussées tuberculeuses évolutives, et leur traitement par l'étincelage de haute fréquence.* — M. Masmonteil.

*Le traitement des albuminuries et de l'éclampsie de la grossesse par la diathermie de la région thyro-parathyroïdienne.* — M. Quinto. — Le Dr Paroli a montré l'influence exercée par l'activité déficiente de la thyroïde sur la détermination et le cours de l'albuminurie. Il y remédie par la diathermie de la région thyro-parathyroïdienne (deux plaques correspondant aux deux lobes de la thyroïde ; six à huit applications d'une durée de trente à quarante minutes avec une intensité de 0,5 à 0,9 ampère).

*Traitement de l'arthritisme par la diathermie des organes pelviens.* — M. Robinson.

*La diathermie dans les affections inflammatoires pelviennes et mammaires.* — Mme Fainsilber et M. Porret. Étude détaillée et précise des applications de diathermie dans les affections génitales de la femme. Les auteurs insistent sur l'intérêt des appareils à éclateur, qui ajoutent à l'effet calorique un effet vibratoire électrique qui semble abréger la durée du traitement.

*Technique des applications médicales de diathermie.* — Mme Grunspan de Brancas. précise divers points d'application des électrodes de diathermie pour en éviter les dangers.

*Les dangers de la diathermie.* — M. Gauducheau montre que certains accidents de la diathermie tiennent à l'opérateur, d'autres aux patients. Il étudie les divers modes de contrôle de ces applications et constate qu'aucun d'eux ne peut donner une sécurité absolue.

*226 cas de diathermo-coagulation de l'ulcération du col utérin.* — MM. Pérot et Tilmant insistent sur les bons résultats qu'ils ont obtenus dans l'ulcération du col utérin, au point qu'après traitement il est impossible de trouver trace d'affection cervicale.

*Union de la diathermie et de la radiothérapie dans le traitement de la claudication intermittente.* — M. Fraikin. Dans la claudication intermittente, les deux traitements associés font mieux que chacun d'eux employé seul.

*La diathermothérapie des hémorroïdes hémorragiques.* — M. Villon.

*La physiothérapie des périviscérites.* — M. Valençon.

*Les causes principales du vieillissement humain et son traitement rationnel.* — M. Vassilides.

*Applications thérapeutiques de la fièvre artificielle.* — MM. Auclair et Halphen. Le Dr Henri de Rothschild a réuni, dans sa clinique de la rue Marcadet, les différents appareils permettant une élévation de température générale de tout le corps. Pour la paralysie générale, les résultats sont concluants. Les expériences sont en cours pour le traitement du rhumatisme chronique, de la gonococcie, etc.

*Un appareil pour le traitement par ondes ultra-courtes* — M. Patzold.

Section VI. — **Héliothérapie**.

Groupant les communications se rapportant à l'étude thérapeutique de la lumière, cette section fut placée sous la présidence de MM. Duhem et Dariaux.

*Nouvelles sources de lumière ultra-violette.* — M. Gabor.

*Problème de la dosimétrie dans le territoire des ultra-violets.* — M. Kuppenheim.

*Ultra-violets et système neuro-végétatif.* — MM. Duhem, E. Biancani et E. Huant. Confirmant les recherches précédentes de Garot, les auteurs ont pu mettre en évidence une action indéniable des ultra-violets sur le système végétatif. On tend actuellement trop à réduire l'action des ultra-violets à une activation des stérols cutanés. Par le mécanisme végétatif on peut expliquer facilement des faits assez surprenants, tels, entre autres les modifications très rapides du tonus musculaire ou l'action frénatrice brusque sur une crise d'asthme.

*Traitement des adénopathies par les rayons de Röntgen et les rayons ultra-violets.* — M. Rubenthaler envisage les diverses catégories d'adénopathies et pose les indications thérapeutiques. Considérant les adénopathies bacillaires, les résultats cliniques les meilleurs ont été obtenus toutes les fois qu'il a pu réaliser un traitement local d'attaque par la röntgenthérapie et le continuer par un traitement général ultra-violet.

*Méthode combinée pour la guérison de la tuberculose par les rayons ultra-violets et les rayons X.* — M. Mehrabian. C'est par l'association ou la succession du soleil, des rayons ultra-violets et des rayons de Röntgen que l'on peut arriver à guérir le plus grand nombre de tuberculeux.

*Organisation et compte rendu détaillé du secours spécial röntgénologique aux stations thermales des côtes méridionales de la Crimée et les résultats de la cure.* — M. Antonoff.

*L'influence des radiations solaires naturelles dans les hautes montagnes sur la quantité des hydrocarbonés du foie et des muscles.* — M. Deschwanden. Des expériences de l'auteur, il résulte qu'au cours d'un séjour d'altitude, les diabétiques tolèrent mieux les hydrocarbonés.

*Radiation et assainissement.* — M. Mulder.

*Lumière solaire et psychologie de l'enfant.* — M. Humphris enregistre les bons résultats que procure la lumière et la bonne santé sur la psychologie de l'enfant.

***

Le 30 juillet, une assemblée plénière clôtura le IIIe Congrès international de radiologie. Au cours de cette séance, le président, M. Antoine Béclère, fit part de quelques vœux déposés avant ou au cours du Congrès.

L'un d'eux, réclamé par quatre sections sur six, demandait que le titre du prochain Congrès fût complété, afin de mieux rappeler ses origines et l'ensemble des travaux groupés sous son égide, et devînt : *Congrès international de radiologie et d'électrologie.*

Ce vœu, soumis au Comité international de radiologie, fut repoussé à une faible majorité. Il nous semble toute-

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

fois que cette question de la modification du titre mérite d'être reprise, car ce vote ne paraît pas refléter entièrement l'opinion des congressistes.

Le Dr Ledoux-Lebard donna ensuite lecture des conclusions des travaux de la Commission des mesures, par lesquels se trouva précisée la définition de l'unité « r » internationale, dont les caractéristiques avaient été en grande partie établies lors du IIe Congrès de Stockholm.

Enfin, le professeur Schinz, président du IVe Congrès qui se tiendra en 1934 à Zurich, invita cordialement tous les radiologistes présents à se retrouver dans trois ans sur les bords du lac de Zurich.

En même temps que se déroulait à la Sorbonne la partie scientifique du Congrès, avait lieu à la porte de Versailles, au palais des Congrès, une magnifique exposition d'appareillage et de toutes les spécialités industrielles se rattachant à l'électro-radiologie, Répondant à l'invitation du commissaire général, M. Hector Pilon, les constructeurs du monde entier tinrent à honneur de montrer aux visiteurs le matériel perfectionné sortant de leurs usines. Il était ainsi possible de comparer en quelques instants tous ces appareils réunis dans la même enceinte et d'apprécier les tendances diverses qui animent les constructeurs de chaque pays.

Cette grande manifestation industrielle — la première d'une telle importance — n'était pas le moindre attrait du IIIe Congrès.

Enfin, de magnifiques fêtes et réceptions avaient été réservées aux congressistes.

Le lundi 27 juillet, M. Paul Doumer, président de la République, reçut à l'Élysée les délégations des pays participant au Congrès.

Il y eut aussi réception de tous les congressistes à l'Hôtel Continental, une magnifique soirée à l'Opéra, un banquet par souscription, suivi d'un bal, dans les salles modernes du Palais de la Mutualité, une fête à l'Exposition coloniale.

Toutes ces soirées, organisées par un Comité des fêtes présidé par M. le Dr Maingot, furent admirablement réussies et laissèrent, nous en sommes persuadé, dans l'esprit de nos hôtes, un des plus agréables souvenirs de leur séjour en France.

Ajoutons qu'un Comité des dames, sous la présidence d'honneur de Mme Charléty, avait ménagé pour les femmes des congressistes une visite de Paris, une promenade et réception à l'Exposition coloniale et une excursion à Versailles.

Dr A. Devois.

---

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

### CONGRÈS NEUROLOGIQUE INTERNATIONAL

*Berne, 31 août-5 septembre* 1931.

Première question.

### Les tumeurs cérébrales. Étude clinique, anatomique et thérapeutique.

Sir Purves Stewart (Londres) étudie d'abord la **pathogénie des troubles neurologiques et psychiatriques des néoplasies cérébrales** ; les symptômes résultent de la destruction du tissu, de sa compression directe et enfin des perturbations de la circulation résultant de l'anémie ou de la stase. Le silence sytmptomatique de certaines tumeurs s'explique par la faible dimension de la néoplasie et l'accoutumance du tissu nerveux à la compression. Il faut tenir le plus grand compte du facteur temps dans l'évolution des tumeurs; en général, plus une néoplasie se développe lentement, moins son début peut être saisi.

Clovis Vincent (Paris). — L'auteur envisage le **diagnostic des tumeurs obstruant l'aqueduc de Sylvius.** Dans une première série de faits, les signes d'hypertension s'associent à des perturbations significatives du siège du néoplasme ; dans d'autres cas, seule l'hypertension cérébro-spinale est appréciable ; il faut donc avoir recours à la ventriculographie et à l'encéphalographie ; cette dernière surtout est révélatrice. En effet, la difficulté la plus grande tient dans le diagnostic du siège intra ou extrasylvien. Si l'injection d'air dans l'espace sous-arachnoïdien n'a pas passé dans les ventricules latéraux après que s'est distendu la IVe ventricule et lorsque la ventriculographie a montré un ventricule médian dilaté, il faut conclure à un obstacle siégeant sur le trajet de l'aqueduc.

Giuseppe Ayala (Rome) : **La symptomatologie des tumeurs sous-tentorielles.** — Les néoplasies qui occupent la fosse cérébrale postérieure s'accompagnent, dès leur premier début, d'hypertension céphalo-rachidienne appréciable par la stase papillaire. Les manifestations qui résultent de ces néoplasies sont la conséquence : 1° de l'irritation du tissu nerveux (cervelet, bulbe, protubérance) ; 2° de l'hydrocéphalie ; 3° de la compression directe des organes nombreux qui logent dans la fosse cérébrale postérieure. La première forme clinique est caractérisée par l'établissement de symptômes bulbaires ou protubérantiels fixes ; le second type est marqué par les symptômes périphériques, c'est-à-dire résultant du déficit fonctionnel ou de l'irritation des nerfs ponto-bulbaires.

Enfin la troisième variété s'affirme par des symptômes cérébelleux et vestibulaires, puis, à la phase terminale, des perturbations sensitives, motrices, végétatives en rapport avec la déficience des voies et des centres protubérantiels et bulbaires.

Foster Kennedy (New-York) — **Les tumeurs frontales** se caractérisent par un changement de la personnalité morale, des troubles de la mémoire, de l'hébétude, parfois même de la stupeur. Celle-ci diffère nettement du sommeil pathologique engendré par les tumeurs hypothalamiques. Assez souvent, l'on observe un relâchement involontaire des sphincters et aussi le phénomène de la persévération tonique contro-latérale lorsque le bec du corps calleux est intéressé. La titubation et la rétropulsion sont aussi d'excellents symptômes. Il en est de même de la névrite optique avec scotome central ipsilatérale associée à la stase papillaire contro-latérale.

**Les tumeurs temporo-sphénoïdales** donnent naissance à des hallucinations du goût et de l'odorat et quelquefois

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

a des syndromes complexes dont les éléments sont faits de la reviviscence d'images et de perceptions de tous les sens accompagnés de la projection devant la conscience de tableaux vécus de la vie de l'enfance.

PERCIVAL BAILEY (Chicago) : **Diagnostic histologique des tumeurs du cerveau.** — Trois formes sont à retenir : le *médulloblastome*, localisé presque exclusivement sur le cervelet de l'enfant, est formé de petites cellules à noyau hyperchromatique : les médulloblastes, éléments qui représentent la prolifération désordonnée des premiers représentants de la lignée nerveuse. Aussi a-t-on proposé pour ces tumeurs le terme de neurospongiome.

Le *glioblastome multiforme* est le plus commun des gliomes. C'est le spongioblastome de Globus et Strauss. Il se développe surtout dans les hémisphères cérébraux. Enfin, la troisième variété consiste dans l'*astrocytome*, ou gliome dur, caractérisé par l'abondance des cellules névrogliques fibrillaires.

G. ROUSSY et CH. OBERLING (Paris) : **Principales variétés des tumeurs des centres nerveux**, reprennent et discutent longuement la classification des tumeurs des centres nerveux. Les gliomes sont divisés en trois variétés: astrocytomes, oligodendrogliomes, glioblastomes. Il faut abandonner la conception des gliomes fibrillaires et protoplasmiques.

Les néoplasies épendymaires ou épendymomes revêtent un triple aspect : l'épendymocytome, l'épendymoblastome et l'épendymogliome.

Les médulloblastomes (Bailey) ou neurospongiomes sont formés de neuroblastes caractérisés par des neurofibrilles intraprotoplasmiques.

WILDER PENFIELD (Montréal) : **Tumeurs des gaines du système nerveux.** — L'auteur discute les divisions et les classifications que Schmidt, Bailey et Bucy, Cushing ont établies et déclare que les tumeurs méningées, en raison de leur structure histologique et de l'origine mésenchymateuse des méninges, ne sont autres que des fibromes ou des fibroblastomes.

Quant aux tumeurs des nerfs périphériques (gliomes périphériques de Lhermitte et Leroux, schwannomes de Masson), Penfield les considère comme de nature conjonctive en raison des fibrilles collagènes qu'elles contiennent. Les vrais gliomes périphériques seraient extraordinairement rares.

B. PFEIFER (Nietleben-Halle) : **L'importance de la ponction cérébrale pour le diagnostic des tumeurs du cerveau.** — La biopsie cérébrale n'est pas dangereuse, déclare l'orateur, car l'hémorragie veineuse n'est guère à craindre en raison de la pression négative du système veineux endocranien et, d'autre part, il est aisé d'éviter les gros troncs atrériels. Dans une même séance, on ne doit jamais pratiquer plus de deux ponctions.

Grâce à la ponction, on peut contrôler la variété anatomique de la tumeur, et souvent reconnaître précocement les transformations néoplasiques et les dégénérescences kystiques.

A. SCHULLER (Vienne) : **Signes radiologiques généraux et locaux des tumeurs intracraniennes.** — Dans le premier groupe s'inscrivent : la disjonction des sutures, l'exagération des impressions digitales, la distension de la selle turcique, l'élargissement des sillons, la dilatation des veines du diploé et des émissaires ; le second groupe comprend : l'amincissement localisé du crâne, la calcification de la tumeur, le pneumotacèle, la dilatation localisée des sinus, des veines et des granulations de Pacchioni.

E. SACHS (Saint-Louis) : **Importance de l'étude radiologique pour le neurochirurgien.** — L'auteur insiste beaucoup sur l'intérêt immédiat que présente l'encéphalographie et la ventriculographie pour la localisation des néoplasies intracraniennes.

L. GUTTMANN (Breslau) : **Encéphalographie des tumeurs des hémisphères et de la fosse cérébrale postérieure.** — Les signes cardinaux des altérations révélées par l'encéphalogramme sont les suivants : compression et déformation des ventricules, projection intraventriculaire de la paroi qui se trouve la plus proche du néoplasme, déplacement du ventricule du côté opposé à la tumeur, diminution des dimensions d'un ventricule par l'infiltration néoplasique pariétale.

Les tumeurs de la fosse cérébrale postérieure se caractérisent par l'hydrocéphalie, l'impossibilité de la pénétration de l'air du IV$^e$ ventricule dans les ventricules latéraux, parfois par la déformation unilatérale de ces ventricules. Il importe de savoir que l'absence de la dilatation des ventricules latéraux n'implique pas l'inexistence d'un néoplasme.

Le problème évidemment d'actualité de la localisation précise des tumeurs a fait également l'objet de plusieurs communications de M. H. STEUVERS (d'Utrecht), d'OTFRID FOERSTER (Breslau), de F. GRANT (Philadelphie), de EGAS MONIZ (Lisbonne). De ces recherches il ressort que les pseudo-tumeurs montrent à l'écran non point une déformation par compression d'un ventricule, mais, au contraire, une distension souvent énorme du ventricule correspondant au côté affecté.

Reprenant l'ensemble de ses belles recherches sur l'**encéphalographie artérielle**, M. Moniz montre que l'opacité artificielle des réseaux artériels permet de dépister certaines tumeurs richement vascularisées, et de localiser les néoplasies en se guidant sur le déplacement des anses vasculaires.

MM. H. BOHNENKAMPF et J. SCHMAEH (Wurzbourg), décrivent une technique nouvelle basée sur les modifications de la résistance électrique des tissus néoplasiques, laquelle permet de localiser à travers le crâne intact une tumeur de quelque nature qu'elle soit.

**L'étude du liquide cérébro-spinal** dans les tumeurs ntracraniennes a été faite par M. V. KAFKA (Hambourg) et FRANK FREMONT-SMITH (Boston). — Dans les tumeurs, la pression est généralement augmentée, la pléiocytose rare, sauf dans les néoplasies dégénérées ou au contact des parois ventriculaires. Les chlorures, le glycose, les protéines ne sont pas augmentés, la réaction de Wassermann demeure normale. L'abcès du cerveau, au contraire, détermine la polynucléose cérébro-spinale. Dans les tumeurs infra-tentorielles, l'albuminose peut être nette dans le liquide prélevé par ponction lombaire tandis que le liquide prélevé par ponction ventriculaire est normal. Dans les tumeurs supra-tentorielles, le liquide demeure sans modifications pathologiques, sauf dans les néoplasies qui envahissent les parois ventriculaires.

**Le traitement chirurgical des tumeurs** a été envisagé longuement par MM. TH. DE MARTEL (Paris), OLIJECRONA

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

(Stockholm), PUUSSEPP ((Tartu), FRAZIER (Philadelphie). DE MARTEL insiste particulièrement sur les accidents post-opératoires et leur pathogénie. Ces accidents, caractérisés par l'hyperthermie excessive, l'hypertension sanguine, les hémorragies viscérales et le coma, sont à rattacher à des perturbations du système végétatif infra-thalamique, lesquelles parfois s'accompagnent d'une augmentation très forte de l'urée sanguine. Ces troubles végétatifs sont dus à l'hypertension et à la dilatation des ventricules produites par tout traumatisme opératoire. La ponction ventriculaire détermine une chute immédiate de la température. Se basant sur ces faits de Martel a imaginé un dispositif grâce auquel on peut empêcher l'hypertension du liquide céphalo-rachidien par le drainage aseptique parfait.

De Martel fait également part de certains faits très suggestifs. Au cours des opérations portant sur le troisième ventricule, on peut observer des perturbations identiques à celles que nous avons mentionnées ; mais ici la pathogénie est différente, les troubles sont la résultante de la compression instrumentale directe et temporaire.

L. PUUSSEPP, reconnaissant que les interventions sur les gliomes donnent souvent des mécomptes, préconise la technique suivante. Après incision de la dure-mère et ablation de la partie toute superficielle de la tumeur, on ferme l'incision cutanée ; trois semaines après, le gliome, non maintenu par la dure-mère restée ouverte, vient faire saillie. On peut alors pratiquer l'exérèse presque totale de la tumeur à peu de frais.

**La radiothérapie et la radiumthérapie** ont été l'objet de trois rapports présentés par MM. A. BÉCLÈRE (Paris), HUGH CAIRNS et STANFORD CADE (Londres), OSCAR HIRSCH (Vienne). — L'accord est fait sur la très heureuse influence de la radiothérapie et de la radiumthérapie sur les tumeurs de la glande pituitaire ; ces méthodes, si elles ne sont point curatives, demeurent de très utiles adjuvants du traitement chirurgical. Dans les tumeurs cérébrales de siège imprécis, la radiothérapie est indiquée sans qu'il soit nécessaire de procéder à une trépanation décompressive.

L'action du radium semble moins heureuse sur les gliomes d'après les expériences de Cairns et Cade. Cependant, ces auteurs ont pu vérifier histologiquement les effets destructifs du radium sur les néoplasies et observer, dans trois cas, non seulement l'arrêt de l'évolution, mais la régression presque complète des phénomènes morbides.

Un dernier rapport sur l'**organothérapie des tumeurs du cerveau** a été confié à M. TRACY J. PUTNAM (Boston). Le traitement opothérapique semble applicable seulement dans les cas où apparaissent des symptômes d'ordre végétatif ou hypophysaire.

DEUXIÈME QUESTION.

### Le tonus musculaire. Étude clinique, expérimentale, pharmacodynamique, pathologique.

KEN KURE (Tokio) : **Les voies du tonus et leurs terminaisons dans le muscle.** — Le muscle strié possède une triple innervation : cérébro-spinale, sympathique, parasympathique. Les fibres de ce dernier système quittent a corne postérieure, cheminent dans les racines postérieures et se terminent autour de cellules du ganglion rachidien. De là, partent les fibres post-ganglionnaires, lesquelles s'épanouissent en des plaques terminales. Il est probable que le système dit extrapyramidal est l'origine d'un influx spécial agissant sur la fibre musculaire, influx qui s'écoule par les fibres myéliniques fines qui, venues du tractus intermédio-latéral, s'épuisent dans le muscle après avoir cheminé dans les racines antérieures avec les fibres appelées motrices. Ces fibres spéciales se raccorderaient dans la moelle avec les fibres du faisceau rubro-spinal de V. Mouckow formé lui-même de fibres très ténues.

G.-J. RADEMAKER (Leyde) : **Les facteurs régularisant le tonus musculaire.** — Le tonus est déterminé par un ensemble de facteurs dont les principaux sont : des excitations labyrinthiques, des excitations extéroceptives (stimulantes et frénatrices), des excitations proprioceptives, enfin des impulsions d'origine optique et auditive.

Chez l'animal spinal, dans la phase du choc, l'hypotonie est intense; à une période ultérieure, l'hypertonie apparaît. Ceci démontre qu'une augmentation du tonus peut être strictement sous la dépendance des centres spinaux. L'animal décérébré manifeste un tonus d'extension exagéré ; celui-ci est dû à la suspension de l'activité des noyaux rouges.

Chez l'animal décérébellé, on observe, la phase de choc écoulée, une exaltation du tonus; les excitations périphériques provoquent un raccourcissement musculaire excessif. Le tonus de soutien dans la position debout n'est guère modifié, mais dans la position dorsale l'animal montre une exaltation de cette modalité de tonus.

Les animaux thalamiques ou striés n'accusent pas de rigidité, et même le tonus de soutien des pattes postérieures est affaibli sensiblement.

Pour ce qui est du rôle du sympathique, il semble que celui-ci agisse surtout en diminuant la fatigue musculaire.

GRAHAM BROWN (Cardiff) : **Les réponses toniques du mésocéphale.** — L'excitation faradique du noyau rouge détermine, chez le chimpanzé, des attitudes posturales nettes ; celles-ci persistent malgré la cessation de l'excitation.

Chez le chat, la même excitation mésocéphalique provoque la flexion homolatérale du tronc, parfois si violente que la hanche entre en contact avec la tête. Cette attitude est accompagnée par la flexion de la patte antérieure ipsilatérale et de la patte postérieure controlatérale.

Si l'on porte la même excitation sur les deux noyaux rouges simultanément, on peut observer des mouvements de course de l'animal et une attitude cinétique rappelant la lutte contre un obstacle.

Parfois, l'excitation de la surface du tubercule quadrijumeau postérieur suscite d'identiques réactions.

LÉON ASHER (Berne) : **L'influence du sympathique sur la musculature : analyse de son mécanisme.** — Le premier point important à retenir de l'influence du sympathique sur le muscle tient dans la restitution fonctionnelle de la fibre striée obtenue après l'excitation de ce système. L'adrénaline possède la même action restitutrice que l'excitation mécanique.

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

L'analyse des processus déterminés, d'une part, par la curarisation et, d'autre part, par la privation du calcium, démontre nettement que le muscle est un élément sur lequel l'influence du sympathique est des plus nette. On ne peut douter que les fibres sympathiques cheminent dans les racines antérieures et aboutissent aux fibres striées ; en effet, l'auteur a pu se rendre compte que l'excitation de la moelle influençait la fibre striée grâce aux fibres sympathiques dont elle est l'origine.

DENNY BROWN (Londres) : **Le rôle joué par les terminaisons des nerfs afférents dans le tonus musculaire.** — La rigidité décérébrée est due à l'excitation partie des filets nerveux musculaires, proprioceptifs. La contraction musculaire active, volontaire ou réflexe, suscite aussi des excitations inhibitrices proprioceptives, grâce auxquelles le maintien régulier du tonus est assuré ; si ces excitations faisaient défaut, la tension musculaire serait exagérée et une hypertonie surviendrait, très gênante pour le mouvement à exécuter. La régulation du tonus dans les réflexes d'allongement et de raccourcissement est le résultat du contrôle de l'activité du muscle. par le système proprioceptif, producteur d'inhibition. Les réflexes sont purement spinaux, mais ils subissent l'influence stimulante ou inhibitrice des excitations du cerveau moyen.

M. KROLL et D. MARKOW (Minsk) : **Tonus musculaire et chronaxie.** — La chronaxie musculaire se modifie selon la position imprimée aux membres. Ainsi la rapidité de l'excitabilité des fléchisseurs des doigts s'abaisse lorsque le poignet est placé en supination ; la chronaxie de l'extenseur propre du gros orteil est également abaissée lorsque le membre inférieur est fléchi dans tous ses segments. L'adrénaline et le calcium augmentent la chronaxie, tandis que la pilocarpine exerce un effet exactement inverse.

Au cours des affections nerveuses, la chronaxie se modifie nettement ; ainsi, dans les maladies du système extrapyramidal, les extenseurs ont une chronaxie abaissée ; dans les lésions pyramidales, les fléchisseurs sont plus excitables au membre supérieur. Les maladies du cervelet se caractérisent par une diminution de la chronaxie sur les extenseurs ; le tonus d'extension se trouve donc augmenté. Cette constatation s'ajuste fort bien avec les résultats expérimentaux obtenus par Rademaker.

Dans les dystrophies musculaires, la chronaxie est augmentée. Fait curieux, l'adrénaline garde chez les myopathiques le même action que chez l'homme sain ; aussi, grâce à cette substance, la fonction musculaire peut-elle être améliorée. Les auteurs de ce rapport ont pu observer que dans les myopathies comme dans la myotonie et la myasthénie, la chronaxie des muscles dépassait de beaucoup celle des nerfs, ce qui semble en désaccord avec loi de l'isochronie de Lapicque.

Tandis que, chez le sujet sain, la position dorsale ou ventrale n'intervient pas dans l'excitabilité musculaire, chez l'hémiplégique la chronaxie de l'extenseur propre du gros orteil s'élève quand le malade est placé en position ventrale. Cette donnée rend compte de l'inversion du phénomène de Babinski.

FRÉDÉRIC BREMER : **Pharmacologie du tonus musculaire.** — Les substances à action pharmacodynamique permettent de dissocier les contractilités phasique et tonique du muscle. Ainsi, l'injection de cocaïne locale provoque (par la paralysie des faisceaux neuro-musculaires) une abolition des réflexes tendineux, l'atonie, la perte du réflexe myostatique.

L'atonie due au curare n'est pas accompagnée, au contraire, par l'aréflexie tendineuse. Si l'on injecte de l'adrénaline à un animal curarisé et décérébré, on observe le retour de la rigidité qu'avait abolie le curare.

Les données pharmacodynamiques infirment l'hypothèse défendue par plusieurs physiologistes (Voy. plus haut Ken Kure) d'une innervation du tonus musculaire par le système nerveux végétatif, sympathique ou parasympathique.

A. SPIEGEL (Vienne et Philadelphie) : **Pharmacologie des centres du tonus.** — Après avoir rappelé comment différentes substances toxiques modifient le tonus, l'auteur montre que les recherches de l'avenir doivent être orientées en vue de la découverte du siège exact des modifications fonctionnelles exercées par la toxine.

LEWIS J. PELLOCK et LOYAL DAVIS (Chicago) : **Relations entre les modifications du tonus musculaire et certaines voies anatomiques.** — Les muscles de l'animal décérébré sont ductiles, ainsi que le montre leur plasticité ; cette ductilité n'est pas en relation avec les appareils périphériques proprioceptifs, puisqu'elle persiste après la « déafférentation » des extrémités.

Un muscle pourvu de l'innervation tonique montre une augmentation de la viscosité et de la ductilité ; le muscle tétanisé développe les mêmes propriétés.

J. RAMSAY-HUNT (New-York) : **Les systèmes statique et cinétique et leurs relations avec le tonus musculaire.** — L'auteur reprend la classification proposée par lui voici une dizaine d'années : le système cinétique régularise les mouvements, le système statique l'activité posturale et tonique. Cette division se trouve déjà accusée dans la moelle et se poursuit à tous les niveaux du névraxe.

FEDELE NEGRO (Turin) : **Le tonus musculaire dans les syndromes extrapyramidaux.** — Abstraction faite de l'influence des centres nerveux supérieurs, le tonus est maintenu et régularisé par deux facteurs : le premier l'arc diastaltique spinal, le second le système végétatif également spinal. Ce dernier semble agir surtout sur le sarcoplasma.

L'hypertonie caractéristique des syndromes sous-corticaux est due à la suppression de l'action fréuatrice exercée normalement par les corps opto-striés sur les centres sous-jacents. Cette influence inhibitrice s'effectue selon deux voies : l'une cérebello-rubro-spinale, l'autre sympathico-spinale.

A. DONAGGIO (Modène) : **Parkinsonisme encéphalitique et lésions cortico-nigriques.** — Selon cet auteur, les affections appelées par certains « extrapyramidales » reconnaissent comme répondant anatomique une altération combinée de l'écorce cérébrale et du locus niger.

La frontale ascendante et les circonvolutions préfrontales possèdent une double fonction pyramidale et extrapyramidale.

S.-A. KINNIER WILSON (Londres) : **Désordres du tonus**

**aux différents niveaux physiologiques.** — Du point de vue clinique, on peut distinguer plusieurs syndromes où le trouble tonique dépend de lésions qui affectent les différents « niveaux physiologiques » du névraxe. Par exemple, les états dysmyotoniques d'origine préspinale tels que la diplégie atonique, l'hémiplégie hypotonique, l'hémitonie apoplectique, la rigidité décérébrée, la catalepxie, répondent chacun à des modifications dynamiques ou lésionnelles du cervelet, de la protubérance, du mésocéphale, des ganglions de la base.

A. Thévenard (Paris) : **Le phénomène de la poussée réflexe d'attitude.** — Ainsi que l'auteur l'a montré avec Ch. Foix, le maintien des attitudes est réalisé par l'action jointe de deux éléments physiologiques. Le premier est un mécanisme de fixation, le second un appareil de régulation. Le tonus d'attitude est l'ensemble des renforcements automatiques de la tension musculaire provoqués par la station verticale, chez l'homme. Cette attitude est maintenue grâce à des réflexes régulateurs que le « phénomène de la poussée » permet de dépister et de préciser.

Toute poussée d'arrière en avant déclenche la contraction des muscles du plan postérieur, tandis que la poussée en sens inverse provoque la tension automatique ou réflexe des muscles du plan antérieur.

Dans les états de déséquilibration morbide (syndromes cérébelleux, ataxie du tabes), le phénomène de la poussée est perturbé ; il apparaît suppléé dans son insuffisance et marqué par un autre mode d'activité musculaire d'équilibration, s'apparentant aux réactions de soutien. Il est important de noter que le phénomène de la poussée se trouve aboli ou diminué par les lésions qui atteignent, même d'une manière circonscrite, les régions juxta et sous-rubriques, sans qu'il soit possible aujourd'hui de définir le ou les centres qui président à la régulation du phénomène de la poussée.

Troisième question.

## Les infections non suppuratives du système nerveux central. Nosographie, clinique, anatomie pathologique.

Otto Marburg (Vienne) — Le premier groupe de ces maladies comprend toutes les infections caractérisées par un processus inflammatoire dégénératif : sclérose multiple, encéphalo-myélite périaxile scléreuse. Tout proches de ces affections, la sclérose diffuse de Heubner, la sclérose centro lobaire de Schilder, Pierre-Marie et Foix, l'encéphalite aiguë morbilleuse, la neuro-myélite optique, l'encéphalite du pont et du cervelet de Redlich forment une série de chaînons par lesquels se relie le premier groupe avec le suivant.

Celui-ci se caractérise par une activité proliférative spéciale de la névroglie, laquelle se manifeste sous la forme de petits foyers disséminés, tout ensemble, dans les substances blanche et grise : encéphalite du typhus exanthématique, du tétanos, de la malaria, de la vaccine. Enfin un dernier groupe comprend les ectodermoses neurotropes de Levaditi (poliomyélite aiguë, encéphalite léthargique, encéphalite zostérienne). Dans ces faits, l'exsudation et l'infiltration des tissus sont au maximum.

J. Marinesco et Draganesco (Bucarest) : **Recherches sur la pathologie de certaines encéphalo-myélites à ultra virus.** — Certains virus suivent la voie nerveuse, par odogenèse ; mais il ne s'agit pas d'une simple transmission mécanique, car certains facteurs physiques interviennent : volume et charge électrique des ultra-virus, pH du tissu et des centres nerveux, potentiel d'oxydulo-réduction. Le zona n'est pas lié à un virus fixé primitivement sur les ganglions spinaux ; il s'agit, au contraire, d'un virus qui pénètre à travers l'épithélium cutané, attaque les extrémités des nerfs sensitifs et sympathiques, se propage le long des vaisseaux et des nerfs jusqu'aux ganglions et à la moelle. Le virus rabique se comporte d'une manière analogue.

G. Greenfield (Londres) : **Infections aiguës non suppurées du système nerveux ; étude anatomique.** — On peut décomposer ces maladies en trois groupes ; le premier comprenant les infections dans lesquelles le système nerveux se comporte vis-à-vis du virus comme des autres tissus de l'organisme ; le deuxième lié à l'agression du virus neurotrope, rage, poliomyélite, zona, etc., où le cheminement du germe et des toxines s'effectue le long des nerfs ; enfin le troisième dont la marque histologique consiste dans la démyélinisation périvasculaire : encéphalite périaxiale de Schilder, encéphalites de la vaccine, de la rougeole, de la grippe, la neuro-myélite optique, et les formes aiguës de sclérose en plaques.

Auguste Wimmer (Copenhague) : **Les infections aigues non suppuratives du système nerveux.** — Deux classes d'infections doivent être retenues : la première qui épouse les formes primitivement neurotropes, telles que la maladie d'Economo ; la deuxième qui comprend les formes intermédiaires : l'encéphalomyélite disséminée aiguë cryptogénétique, les encéphalo-myélites vaccinales, varicelleuses, morbilleuses.

H. Pette (Hambourg) : **Etude comparative des infections aiguës atteignant principalement la substance grise (poliomyélite aiguë, rage, maladie de Borna).** — Le germe morbigène de ces infections demeure inconnu, mais la réaction du système nerveux dans ces maladies affecte le même caractère. Le développement et l'évolution du processus sont conditionnés, d'une part par les conditions d'immunité générale du sujet et, d'autre part, par les influences locales.

Le virus se fixe évidemment sur le système nerveux avec une électivité constante, mais il faut remarquer aussi que, pour chaque infection, la localisation est variable. Celle-ci dépend de multiples facteurs et particulièrement du mode d'infection.

Bien que ces différentes maladies soient séparées aussi bien par leur symptomatologie que par leurs traits anatomiques, il existe entre elles des rapports de parenté d'ordre biologique.

André-Thomas (Paris) : **Le zona.** — L'auteur insiste sur la discordance qui existe entre les symptômes de l'herpès zoster et les lésions du système nerveux. Les douleurs, l'éruption sont non seulement variables d'un sujet à l'autre, mais répondent à des altérations névritiques, ganglionnaires et médullaires dont la loi est encore à trouver. Pour ce qui est des paralysies zostériennes, il semble qu'aucune pathogénie univoque ne peut être défendue. Un certain nombre répondent à des lésions tronculo-radiculaires, quelques formes plus excep-

tionnelles sont liées à des lésions médullaires, d'autres enfin peuvent reconnaître une origine purement périphérique.

Quels sont les rapports entre le zona et la varicelle ? il est impossible d'être affirmatif et intransigeant sur ce point ; mais il est très vraisemblable qu'entre les deux maladies il y a, en réalité, des rapports biologiques étroits. Comment le virus zostérien pénétre-t-il dans l'organisme et comment parvient-il aux centres nerveux ? Problème difficile entre tous. Ce qui est très probable, c'est que le virus, contrairement à celui de l'herpès vulgaire, ne chemine pas de la périphérie vers les centres. L'expérimentation, en effet, est sur ce point assez précise et concordante. Il est permis de penser que le zona est une infection générale qui, plus ou moins tôt, se localise sur certaines régions du névraxe : les ganglions spinaux, les nerfs périphériques, la moelle et parfois même l'encéphale.

L. Van Bogaert (Anvers) : **Situation des encéphalomyélites disséminées aigues.** — Les encéphalites morbilleuses, post-vaccinales, varicelliques sont-elles la révélation d'une infection liée à un même agent morbifique, et le polymorphisme symptomatique est-il à rattacher aux conditions d'allergie du terrain ? En faveur de cette thèse plaident les lésions nerveuses qui revêtent bien des traits communs ; l'affinité myélinique du virus, la mobiisation précoce, défensive et constructive, de l'appareil neuro-glial, a prédilection des foyers pour les régions périvasculaires.

Mais ces analogies ne sont nullement démonstratives ; les corrélations anatomo-cliniques ne sont, en définitive, guère en faveur de la conception uniciste selon laquelle les encéphalomyélites aiguës dissminées et la sclérose multiple répondraient à une même infection.

M. Buscaino (Catane) : **Syndrome encéphalitique et syndrome hystérique. Pathogénie.** — On ne saurait méconnaître aujourd'hui l'importance majeure des ganglions centraux dans la genèse des accidents de l'hystérie. En effet, on peut observer dans la grande névrose des perturbations végétatives identiques à celles que l'on retrouve dans les affectious organiques du système nerveux ; ces perturbations ne sont pas d'origine psychogène, car elles ne sont reproduisibles ni par la volonté ni par la suggestion. L'asymétrie de l'innervation vasomotrice est un exemple frappant de l'apsychie de certains symptômes dits hystériques.

C. Von Economo (Vienne) : **Remarques sur les encéphalites non suppurées.** — Il existe des différences fondamentales entre les encéphalites dont la symptomatologie semble pourtant assez voisine, telles que l'encéphalite post-vaccinale et l'encéphalite léthargique.

L'encéphalite vaccinale, par exemple, se caractérise, du point de vue histologique, par une abondance de foyers de prolifération névroglique dispersés dans les substances blanche et grise du cerveau ; l'encéphalite léthargique, au contraire, montre une dilection pour la substance grise. En résumé, si l'on envisage non point le côté purement symptomatique dont les raisons de sa monotonie sont aisées à saisir et si l'on se place sur le terrain biologique, on est frappé par les oppositions par esquelles contrastant les encéphalites non suppurées dont l'agent causal demeure hypothétique.

F.-H. Lévy (Berlin). : **L'importance des corpuscules d'inclusion dans les maladies ? virus neurotrope.** — On accepte généralement l'idée que les corpuscules qui renferment le protoplasma et le noyau des cellules nerveuses sont caractéristiques des maladies à virus neurotrope. En réalité, cette thèse n'est valable que pour l'animal ; car, chez l'homme, les processus involutifs peuvent créer les mêmes formations. Il est impossible, à l'heure actuelle, de décider si l'hypophyse joue un rôle dans le déterminisme de ces inclusions nucléaires et protoplasmiques, mais les dernières recherches de l'auteur plaident en faveur de cette hypothèse.

A. Ferraro et H. Scheffer (New-York) : **Encéphalite et encéphalopathie de la rougeole.** — Ayant observé 6 cas personnels d'encéphalite morbilleuse, les auteurs concluent que ce type morbide se caractérise par des lésions assez spéciales : prolifération périvasculaire étendue à la substance blanche et au cortex, participation prédominante de la mésoglie, dégénération accentuée des gaines myéliniques. Toutefois, dans 2 cas, les lésions précédentes n'existaient pas et les altérations cérébrales se limitaient à la destruction des cellules nerveuses. D'où les auteurs concluent que l'encéphalite morbilleuse est sans doute causée par une toxine exogène.

B. Brouwer (Amsterdam) : **La myélite de la variole.** — Il s'agit ici d'un malade chez lequel se développe une myélite extensive et où l'examen histologique fit constater des lésions du type inflammatoire dans la région lombo-sacrée, tandis que la moelle cervico-dorsale était respectée en apparence.

G. Guillain (Paris). — Résumant l'ensemble des rapports présentés, le professeur Guillain conclut que, à l'heure actuelle, certains problèmes semblent résolus. Personne ne conteste plus la migration le long des nerfs, des toxines et des germes morbides non plus que la fixation élective des toxines sur certains centres nerveux. Ces deux données éclairent singulièrement la pathogénie des maladies infectieuses du système nerveux. Mais il faut reconnaître que nous sommes encore très loin de saisir le pourquoi et le comment de bien des infections neurotropes ; la solution des énigmes que ces processus nous posent ne sera donnée que par une collaboration générale de tous les chercheurs des sciences biologiques

Quatrième question.

## Traumatismes et système nerveux Etude clinique anatomo-pathologique expérimentale et thérapeutique

Ottonio Rossi (Pavie) : **Les lésions du système nerveux consécutives aux traumatismes.** — Trois problème doivent surtout retenir l'attention : 1° Quels sont les syndromes neurologiques dus, en totalité ou en partie, à l'action du traumatisme sur le système nerveux ? 2° Quelles sont les altérations que le traumatisme provoque sur les éléments nerveux ? 3° Quel peut être le mécanisme de ces altérations ?

Si l'on envisage les conséquences du traumatisme sur les cellules et les fibres nerveuses, on voit que l'on peut les classer en trois catégories : les lésions grossières qui traduisent la mort définitive de la matière vivante ; les alté-

rations moins profondes qui permettent aux éléments de survivre pendant un temps variable, mais dont la destinée est de succomber ; en dernier lieu les modifications qui ne déterminent jamais la déchéance totale de l'élément nerveux et permettent, au contraire, une restauration fonctionnelle et organique. Il ne faut pas oublier, lorsqu'on étudie les effets du traumatisme sur les éléments nerveux, de prendre garde aux altérations de la partie la plus délicate peut être du névraxe : les synapses.

Malgré les arguments qui lui ont été opposés, lo théorie de l'ébranlement moléculaire ne peut être méconnue aujourd'hui. Sans nier la réalité des perturbations vasculaires à type de spasme qui peuvent intervenir ici (bien que nous ne sachions pas, d'une manière certaine, le rôle de vaso-moteurs cérébraux), il est fort vraisemblable que le rôle de ces perturbations a été singulièrement exagéré.

En terminant, Rossi prend en considération une théorie nouvelle et séduisante par certains côtés, selon laquelle certaines modifications du système nerveux relèveraient non pas de l'ébranlement lui-même, mais de l'action délétère de substances neuro-toxiques engendrées par la désintégration traumatique. Il faut se garder de limiter l'étude du traumatisme à l'adulte ; l'enfant lui aussi peut être atteint, soit au moment de la naissance, soit pendant la vie intra-utérine, soit enfin au cours de premiers jours de la vie. Les traumatismes cranio-encéphaliques, s'ils ne possèdent pas une symptomatologie franche au début, laissent d'importantes séquelles dont nous ne faisons qu'entrevoir l'importauce pathogénique. Le problème de l'origine traumatique de la classique encéphalite du nouveau-né de Virchow doit être de nouveau remise à l'étude.

P. Symonds (Londres) : **La commotion du cerveau. Diagnostic et traitement des syndromes consécutifs aux traumatismes de la tete.** — Le problème de la commotion encéphalique est aujourd'hui encore des plus difficiles à résoudre ; et ceci pour la raison que, ou bien la commotiou est telle que toutes les fonctions cérébrales sout abolies et que cet anéantissement est le prélude d'une précoce agonie, ou bien que les perturbations encéphaliques sont si régulièrement curables qu'elles nous laissent dans l'ignorance de leurs lésions provocatrices.

Du point de vue purement clinique, on peut diviser les syndromes commotionuels encéphaliques en deux grands groupes : 1° la stupeur traumatique aiguë, caractérisée par l'obscurcissement de la conscience, laquelle persiste pendant un ou plusieurs jours après l'accident ; 2° les symptômes mineurs qui sont, ainsi que l'expérience de guerre nous l'a démontré, la rançon de l'ébranlement mécanique du cerveau, tels que les vertiges, les éblouissements, les céphalées, le retentissement douloureux des sensations vives, qu'il s'agisse de sensations lumineuses ou auditives.

Pour ce qui est du premier groupe, il faut se demander quel peut être le rôle joué par les modifications tensionnelles du liquide cérébro-spinal dont nous connaissons le retentissement sur le fonctionnement de l'écorce cérébrale — et quelle est l'importance des altérations directes des cellules et des fibres nerveuses provoquées par l'ébranlement traumatique.

Du premier facteur, nous pouvons nous faire une idée, d'après ce que nous savons des syndromes d'hypertension céphalo-rachidienne non traumatique et de l'efficacité de la rachicentèse et des injections sanguines de sérum hypertonique.

Mais, à l'heure actuelle, il est impossible, à moins de dépasser les faits positifs, d'affirmer la réalité de telle ou telle pathogénie. Il est probable que dans la genèse de la commotion cérébrale figurent plusieurs facteurs d'essence diverse qu'il est utile de connaître et de distinguer. C'est à cette seule conditiou qu'un traitement rationnel pourra être appliqué à la commotion cérébrale.

O. Veraguth (de Zurich) : **L'influence du traumatisme dans la genèse de quelques maladies nerveuses.** — Pour tout médecin, l'influence du traumatisme sur le développement des maladies du système nerveux offre un intérêt capital ; en effet, il est peu de praticiens qui n'aient été aux prises avec la difficulté d'établir la réalité ou non de la dépendance d'uu syndrome neurologique quelconque avec un traumatisme ancien ou récent.

Mais, d'abord, par traumatisme, que doit-on entendre? Les définitions que l'on fournit ne sont nullement concordantes. Il semble cependant que l'on pourrait s'accorder sur ce point essentiel que le traumatisme est l'ensemble des modifications provoquées dans l'organisme par l'application brutale, ou bien limitée dans le temps, d'une force étrangère, quelle que soit sa nature. Pour rester sur le domaine du système nerveux, il convient d'envisager non seulement l'encéphale et son prolongement spinal, mais aussi l'ensemble des nerfs périphériques, le système sympathique et le psychisme.

Il faut également tenir compte de l'âge, car les conséquences d'un traumatisme eucéphalique ou médullaire sont tout autres selon qu'il s'agit d'un enfant ou d'uu vieillard, et aussi de la disposition immédiate de l'organisme Tout de même que tout état morbide représente une lutte changeante et diverse entre les forces vitales et l'agent morbifique, la vulnérabilité, la sensibilité au traumatisme apparaît éminemment variable selon le moment et les circonstances étiologiques associées.

Les modalités des rapports conditionuels par lesquels se relient les maladies nerveuses et les traumatismes peuvent être ainsi dénombrées : 1° l'affection nerveuse est la conséquence exclusive du choc ; 2° le trauma crée une disposition du système nerveux favorable au développement d'une maladie ; 3° le trauma libère une disposition constitutionnelle morbide ; 4° le choc accélère ou aggrave le cours d'une maladie.

Si, du point de vue théorique, une discrimination est relativement aisée, pratiquement il u'en va pas ainsi. Il n'est pas rare que les conditions de l'accident se soient obscuries dans la mémoire du sujet ou que celui-ci ait été atteint d'amnésie rétrograde ou encore que l'accidenté iutéprété inconsciemment les données positives qu'il a pu recueillir.

D'autre part, se fier aux statistiques serait dangereux ; la plupart sont incomplètes ou tendancieuses.

Les maladies qui semblent devoir en partie être influencées ou initiées par l'ébranlement traumatique sont la maladie de Parkinson, la sclérose latérale amyotrophique, les néoplasmes, la sclérose en plaques, l'épilepsie, certaines toxicoses et quelques infections de

système nerveux au premier rang desquelles il faut placer le tabes et la paralysie générale.

NAVILLE (de Genève) : **Les syndromes neurologiques consécutifs aux électrocutions industrielles.** — L'orateur envisage l'ensemble des perturbations fonctionnelles ou organiques causées par l'électrocution liée au machinisme moderne et exclut les faits mieux connus de fulguration, l'électrocution légale, etc.

En suivant l'ordre de leur apparition, les troubles neurologiques peuvent se classer ainsi : troubles de la consience, convulsions précoces, perturbations des fonctions des nerfs périphériques, syndromes encéphaliques, névrites durables, myélites, atrophies névritiques lentes.

Aussitôt après l'accident, l'électrocuté présente souvent un trouble de la conscience qui va jusqu'à la perte de connaissance complète avec amnésie consécutive ; parfois le coma s'installe ou encore une agitation psychomotrice de caractère confusionnel. Malgré leur gravité apparente, ces troubles peuvent disparaître et guérir complètement. La pathogénie à leur attribuer est loin d'être définie ; en tout cas, il importe de les différencier des perturbations à pronostic plus sévère et qui sont attribuables aux traumatismes craniens concomittants de l'électrocution et aussi aux phénomènes toxiques ou infectieux qui viennent souvent compliquer une situation qui, par ailleurs, serait assez simple. Chez l'homme, les convulsions épileptiques semblent moins fréquentes que chez l'animal ; toujours il s'agit d'une manifestation éphémère.

Assez souvent, l'accidenté éprouve pendant quelques jours après l'électrocution un sentiment diffus de faiblesse des membres associée à des paresthésies et compliquée parfois de véritables troubles de la régulation vasculaire périphérique. En général, le pronostic de ces troubles est favorable, mais il importe cependant de faire quelques réserves, car l'on a observé des faits de ce genre dont l'évolution s'effectuait dans le sens de l'organicité et aboutissaient, plus ou moins tôt, à des syndromes d'amyotrophie lente.

Le passage du courant électrique peut provoquer, même à distance, un œdème cérébral avec toutes ses redoutables conséquences : œdème papillaire, syndromes vestibulaire et cochléaire, syndrome sympathique, névrite optique, hémiplégie. Dans les faits de cette catégorie, il importe de ne pas attribuer tous les symptômes encéphaliques à l'unique passage du courant. Bien souvent, les sujets présentent un état morbide antérieur latent d'hypertension artérielle ou d'artériosclérose que révèle brutalement l'accident de l'électrocution.

Il semble que l'électrocution est responsable d'un certain nombre de cas de myélite. Le plus souvent, on a affaire à des individus atteints de grossières brûlures, et il est légitime de penser que, dans les faits de cet ordre, la lésion médullaire est liée à l'intoxication. Mais il est des cas plus intéressants, dans lesquels toute brûlure fait défaut. Ici, l'altération spinale doit être mise sur le compte exclusif de l'électrocution. Malheureusement nous ne possédons aucun fait anatomique précis qui autorise une conclusion sur la pathogénie des myélites par électrocution.

Les atrophies névritiques lentes, dans la règle, prolongent les accidents immédiats périphériques. Peu de jours ou quelques semaines après l'accident, apparaissent des troubles de la sensibilité lesquels se compliquent bientôt d'une atrophie portant sur tous les segments du membre atteint par le passage du courant. Cette atrophie peut ne pas demeurer localisée et s'étendre du côté, opposé ou encore au membre supérieur ou inférieur homolatéral.

Jusqu'ici, ces atrophies ont été considérées comme l'expression de névrites ascendantes, mais il semble plus vraisemblable qu'il s'agit de lésions spéciales progressives comparables à celles qui ont été décrites dans les commotions spinales (voy. Rapport de Lhermitte).

En terminant, Naville discute le problème des rapports qu'il faut envisager au point de vue médico-légal entre l'électrocution et certaines affections neurologiques telles que la sclérose en plaques, la paralysie générale, l'épilepsie chronique. Très justement, l'orateur démontre que c'est une erreur d'attribuer les affections précédentes au passage brutal du courant électrique à travers le système nerveux central.

JEAN LHERMITTE (Paris) : **La commotion de la moelle épinière.** — L'ébranlement de la moelle peut être réalisé soit directement par un choc porté sur le rachis ou les parties qui lui sont connexes, soit indirectement par les modifications brutales de la tension atmosphérique. Dans l'étiologie, on doit tenir compte non seulement du choc mécanique, mais des facteurs adjuvants qui sensibilisent le système nerveux : froid, inanition, fatigue, intoxication, infection latente ou avérée. Les commotions cervicales sont les plus variées au point de vue clinique, et l'on doit reconnaître les formes quadriplégique, hémiplégique, diplégique et monoplégique brachiales.

Les variétés commotionnelles à type sensitif sont intéressantes au double point de vue clinique et pathogénique ; parmi celles-ci, on retient surtout les types hétéresthésique, hyperalgique, pseudo-tabétique, le type caractérisé par les sensations de décharges électriques.

Contrairement à nombre d'auteurs, Lhermitte soutient que les altérations proprement commotionnelles ne consistent pas dans des hémorragies, mais dans des modifications physico-chimiques, microstructurales ou dégénératives des fibres et des cellules nerveuses auxquelles s'associent des processus de déblaiement et de cicatrisation réalisés par la névroglie. Si, exceptionnellement, apparaissent des foyers hémorragiques, les lésions focales dues à l'ébranlement sont de nature malacique.

Les phénomènes cliniques engendrés par la commotion comptent parmi ceux qui sont le plus aptes à s'effacer ; il y a donc une double restauration : fonctionnelle et structurale ou morphologique. Cette dernière est d'étude difficile ; cependant certains faits sont bien établis qui démontrent la régénération intraspinale des expansions des racines postérieures, laquelle permet de comprendre la réapparition de la sensibilité cutanée ou profonde dans des cas qui semblient absolument désespérés.

Pour ce qui est de la pathogénie de la commotion, l'auteur admet que l'ébranlement des fibres et des cellules de la moelle est dû au choc transmis par le liquide céphalorachidien, grâce à sa pénétration dans les gaines de Virchow Robin.

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Von Sarbo (Budapest) : **Les lésions histologiques du système nerveux de nature traumatique et révélées par l'expérience de la guerre.** — Depuis fort longtemps, l'on a supposé que les ébranlements du système nerveux pouvaient provoquer des modifications si discrètes des cellules et des fibres nerveuses et névrogliques que l'étude microscopique s'avérait impuissante à déceler. De ces modifications on trouvait là preuve dans la présence, chez l'accidenté, des petits signes appartenant à la série organique comme aussi dans l'évolution parfois progressive et fatale des manifestations morbides. Ainsi s'est créée la notion de la névrose traumatique d'Oppenheim. Malheureusement, le terme de « névrose » est compris d'une manière très différente en Allemagne et en France où névrose invoque nécessairement l'idée d'une perturbation purement fonctionnelle et, par conséquent, curable dans tous ses éléments.

D'autre part, même dans les cas où fait défaut tout symptome organique, on a dû reconnaître que, bien souvent, des altérations très fines des structures nerveuses devaient être à la base des symptômes observés car la plus minutieuse analyse ne révélait aucun choc psychique, aucun état émotif préexistant. C'est pour les faits de ce genre que V. Sarbo admit l'existence de ce qu'il appela de la « lésion microstructurale » laquelle est capable de complète restauration et peut, à elle seule, rendre compte des éléments du tableau pathologique. Selon l'orateur, il y a, au vrai, entre les altérations anatomiques grossièrement reconnaissables et les lésions moléculaires admises par Charcot, Oppenheim, un terme de passage ; celui-ci est caractérisé par ce double fait que la lésion suspend plus ou moins complètement la fonction, tandis qu'elle se montre susceptible d'une restauration parfaite.

La lésion microstructurale, le microtraumatisme diffus, comme l'appelait P. Lecène, est la base même de la commotion cérébrale.. Il est important de ne jamais oublier que ces lésions microstructurales peuvent être l'amorce d'une affection neurologique sévère, comme la paralysie agitante.

De la même manière que le système nerveux central, les nerfs périphériques peuvent être affectés par l'altération microstructurale : celle-ci détermine des perturbations de la sensibilité (hypoesthésie, thermoanesthésie) et de la trophicité (amyotrophie discrète).

On sait que, selon Verworn, les éléments nerveux centraux possèdent une excitabilité hétérobolique, c'est-à-dire qu'ils transforment les excitations extérieures et les emmagasinent, tandis que les nerfs périphériques sont isoboliques. Or, les altérations microstructurales sont capables de renverser ce schème et de transformer l'activité isobolique du nerf en une activité hétérobolique. Le même effet peut être observé sur les éléments cérébro-spinaux.

L'orateur insiste fortement sur ce point que les symptômes commotionnels ne sont pas à rapporter à une névrose, mais à des altérations histologiques tres fines, susceptibles de restauration. Lhermitte.

## RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS POUR MALADIES NERVEUSES

**BROMÉINE MONTAGU.** — *Bibromure de codéine cristallisé.*

POSOLOGIE. — Sirop : 0,04 ; ampoules : 0,02 ; pilules, 0,01 ; gouttes : X gouttes = 0,01.

Sédatif puissant, efficace et peu toxique.

Toux nerveuses ; insomnies ; névralgies ; névrites.

*Montagu, 49, boulevard de Port-Royal, Paris.*

**DRAGÉES DU Dr GELINEAU.** — Epilepsie ; maladies nerveuses.

Bromure de potassium, associé à l'arsenic et à la picrotoxine.

DOSE. — De deux à six dragées (et plus) par jour au milieu des repas.

*Laboratoire Mousnier-Delerme, 9, boulevard Carnot, Bourg-la-Reine (Seine).*

**DRAGÉES NÉVROSTHÉNIQUES « YSE ».** — Spécifique des affections nerveuses à base de $P^2Zn^3$, 0,002 par pilule.

*H. Chatelut, pharmacien, 65, rue Louis-Blanc, Paris.*

**NEUROSINE PRUNIER**, reconstituant général. — Phosphoglycérate de chaux pur.

6, *rue de la Tacherie, Paris, et pharmacies.*

**PROSTHÉNASE.** — Dans les maladies nerveuses causées par l'anémie : prosthénase Galbrun, fer et manganèse associés en combinaison organique.

De XX à XL gouttes par jour.

*Paris,* 10, *rue du Petit-Musc, et toutes pharmacies.*

**QUINBY.** — Iodobismuthate de quinine (formule Aubry), est le produit original créé dès le mois de juin 1921.

Suspension huileuse.

Ampoules 3 c. c. (adult.), 2 dos. { 0 gr,75 Bi-métal. / 0 gr,15 —

Ampoules 1 centimètre cube (enfants).

S'administre en injections intramusculaires profondes deux fois par semaine.

INDICATIONS. — Action remarquable dans les manifestations nerveuses de la syphilis, particulièrement actif contre les crises gastriques du tabes, dans les méningo-radiculites, et dans l'albuminose et la lymphocytose rachidiennes.

AVANTAGES. — Non toxique. Tolérance parfaite. Injection indolore. Aucune contre-indication.

*Laboratoire Aubry, 54, rue de la Bienfaisance, Paris (VIIIe).*

**SÉDOBROL « ROCHE ».** — Extrait de bouillon végétal concentré, achloruré et bromuré. Médication *bromurée dissimulée* et toujours *très bien supportée*, même à très hautes doses. *Tablettes et liquide.*

Chaque tablette ou mesure = 1 gramme NaBr.

*Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 21, place des Vosges, Paris.*

**SIROP GELINEAU.** — A base de bromure de potassium et chloral. Procure un sommeil bienfaisant réparateur.

*Laboratoire Mousnier-Delerme, 9, boulevard Carnot, Bourg-la-Reine (Seine).*

**SOMNIFÈNE « ROCHE ».** — Barbiturique soluble et injectable, ne contenant aucun toxique du tableau B. Hypnotique et sédatif *excessivement maniable. Gouttes* (XX à LX par jour). *Ampoules* (1 à 2 par jour et plus, voies sous-cutanée profonde, intramusculaire et même endoveineuse).

*Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 21, place des Vosges, Paris.*

**VALIMYL (DIÉTHYLISOVALÉRIAMIDE).** — Antispasmodique. Mêmes propriétés que l'essence de valériane. Activité constante. Tolérance absolue. Absence d'odeur. Perles dosés à 0,05. 4 à 8 perles par jour en deux ou trois fois, au milieu des repas.

*Laboratoires Clin, Comar et Cie, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, Paris.*

---

## RÉPERTOIRE DES MAISONS DE SANTÉ

**CHATEAU DE L'HAY-LES-ROSES** (Seine). — Maison de santé moderne pour les dames et les jeunes filles. Dr MAILLARD, médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière. Prix : 90 à 250 francs par jour. Tél. : 5.

**CHATEAU DE SURESNES** (Seine). — Tél. : 2,88.

Fondée par le Dr Magnan.

Médecins : Dr FILASSIER, Dr DURAND-SALADIN.

**CLINIQUE DE SAINT-CLOUD** (S.-et-O.), 2, avenue Pozzo-di-Borgo. Tél. : Auteuil 00,52.

Maladies nerveuses, intoxications, régimes, convalescence.

Dr D. MORAT et Mme le Dr ALICE SOLLIER.

Renseignements tous les jours, de 2 à 5 heures.

**ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE ET MAISON DE CONVALESCENCE DU Dr J.-B. BUVAT.** — *Villa Montsouris,* 130, rue de la Glacière, Paris (XIIIe). *L'Abbaye,* à Viry-Châtillon (Seine-et-Oise). Drs J.-B. BUVAT et G. VILLEY-DESMESERETS.

**VILLA PENTHIÈVRE A SCEAUX.** — Psychoses, névroses, intoxications. Directeur : Dr BONHOMME, assistant : Dr CODET.

**ÉTABLISSEMENT MÉDICAL DE MEYZIEU** (Isère), près Lyon, fondé par le Dr Antoine Courjon.

Névroses, psychoses, intoxications diverses.

Hydrothérapie, électrothérapie, cures de régimes.

L'établissement est situé dans un vaste parc en pleine campagne, à 13 kilomètres de Lyon.

Il est desservi par une ligne de tramway et le chemin de fer de l'Est de Lyon.

Médecins-directeurs : Dr JEAN COURJON, ancien interne des Asiles de la Seine, médecin des asiles.

Dr RÉMI COURJON, médecin des asiles, chef de clinique névropsychiatrique à la Faculté de Lyon, expert près de la Cour d'appel de Lyon.

**VILLA LUNIER DE BLOIS.** — Maison de santé consacrée aux psychoses. — Directeur-médecin : Dr MAURICE OLIVIER. Grand parc. Tél. 2-82.

# NOUVELLES

**Universités.** — Par décret du 1er août 1931, il est institué dans les Facultés des emplois de professeurs titulaires à titre personnel, attribués dans les conditions ci-après :

Les candidats à ces emplois doivent être docteurs, âgés au minimum de trente ans, avoir enseigné pendant deux ans au moins dans une Faculté et être maîtres de conférences titulaires ou agrégés nommés sans limite de temps.

Les nominations sont faites par décret sur proposition du ministre de l'Instruction publique.

Il est pourvu aux vacances d'emplois après propositions des conseils des facultés et du comité consultatif de l'enseignement supérieur public et après présentations par la section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique d'un nombre de candidats au moins double du nombre des emplois à pourvoir.

Les titulaires des emplois nouveaux sont nommés directement sans proposition ni présentation.

ART. 2. — Les demandes de mutation d'emploi d'une faculté dans une autre sont soumises à l'avis des conseils des facultés intéressées et de la section permanente.

Sont également soumises à l'avis des conseils des facultés intéressées et de la section permanente, les demandes de transfert de ces titulaires dans une chaire, soit dans la même faculté, soit dans une autre.

ART. 3. — Les titulaires nommés en exécution du présent règlement ont les mêmes droits, jouissent des mêmes prérogatives et ont les mêmes obligations de service que les titulaires de chaires.

**Poste médical à créer.** — On nous signale un poste médical à créer à Saint-Martin-le-Beau (Indre-et-Loire). La commune accordera une subvention de 1 000 à 1 500 fr. les premières années. 18 kilomètres de Tours (ligne de Tours à Vierzon). Une maison est à louer : 6 pièces avec facilité de garage (s'adresser à M. Périvier, 95, rue de la Scellerie, à Tours). Avec trois communes limitrophes, cela fait 3 000 habitants qui n'ont ni médecin, ni pharmacien, ni sage-femme.

**Le diagnostic du cancer par la méthode de M. le Dr Bendien.** — La grande presse a récemment informé le monde entier que le Dr Bendien, de Zeist (Hollande), aurait trouvé un moyen infaillible de diagnostiquer précocement le cancer.

La presse anglaise a relaté que le Dr Piney ayant porté 38 tubes de sang de cancéreux au Dr Bendien, celui-ci aurait repéré immédiatement sans aucune erreur les cinq cas de cancers qui s'y trouvaient.

La méthode consiste à floculer le sérum par le vanadate de soude en présence de l'acide acétique. Ensuite le floculat est l'objet de manipulations assez délicates qui aboutissent à un examen en lumière ultra-violette et à calcul avec logarithmes.

Plusieurs contrôles sont en train d'être effectués à Londres.

Dans le dernier numéro du *Lancet* (29 août), MM. Frank C. Smith, Ensor R. Holiday et John Marrack, du London Hospital, dénient toute valeur au test.

D'après eux, le degré de conservation du sérum en ferait varier le diagnostic de tuberculose à cancer.

**Les médecins de l'Automobile-Club médical de Marseille visitent la station thermale de Vichy.** — A la visite des médecins des Etats-Unis à Vichy a succédé celle des médecins de l'Automobile-Club médical de Marseille qui accomplissaient leur quatrième voyage d'études médicales. Ils avaient à leur tête M. le professeur Imbert, doyen de la Faculté de médecine, M. le Dr Porcheron, organisateur du voyage, M. le Dr Ferraud, président de l'Automobile-Club médical.

Arrivés dans le courant de la matinée, un déjeuner leur a été offert à midi dans les salons du casino par la Compagnie fermière. Il était présidé par M. Georges Baugnies, vice-président et administrateur délégué de la Compagnie fermière. Parmi les convives, indépendamment des participants au voyage, on remarquait plusieurs personnalités du Corps médical de la station.

Au champagne, des discours furent prononcés par M. Baugnies qui souhaita la bienvenue aux visiteurs et leur donna des renseignements sur les différentes installations thermales ; M. le Dr Durand-Fardel, président de la Société des sciences médicales de Vichy, qui annonça l'important congrès de la lithiase biliaire qui se tiendrait à Vichy en septembre 1932 ; M. le professeur Imbert et M. le Dr Ferrand qui, tour à tour, exprimèrent leurs remerciements pour l'accueil si cordial qui avait été réservé aux médecins marseillais.

Ce fut ensuite la visite des installations thermales : les ateliers d'embouteillage et d'expéditions des eaux minérales de Vichy-Etat qui ont fait l'admiration de toutes les sommités médicales appelées à les visiter ; le grand établissement thermal et ses services d'hydrothérapie, de mécanothérapie, d'électrothérapie, de radiothérapie, si parfaitement organisés et qui vont être encore beaucoup plus perfectionnés dans un avenir prochain ; le laboratoire de recherches hydrologiques et enfin les différentes sources.

Vers la fin de l'après-midi, les médecins marseillais furent reçus au Sporting-Club de Vichy, dans ce splendide domaine où se trouve réuni un merveilleux ensemble sportif, et prirent le thé sous les ravissantes pergolas du Club-House du Golf. Ils terminèrent la journée en assistant le soir au Grand Casino, à une très belle représentation de *la Belle Hélène*, avec le concours de grandes vedettes lyriques, parmi lesquelles Mlle Mireille Berthon, de l'Opéra, qui personnifiait la célèbre reine de Sparte.

**Congrès de chirurgie. Démonstrations de M. le Dr Calot.** — A l'occasion du Congrès de chirurgie, M. Calot (de Berck) fera le mercredi 7 octobre de 9 h. 30 à 11 h. 30, dans sa clinique de Paris, 69, quai d'Orsay, une séance de démonstrations :

1° Réduction de luxations congénitales non encore traitées ; réduction de luxations récidivées ;

2° Valeur comparée de la méthode conservatrice (ponctions, injections) et de la méthode opératoire sanglante, dans le traitement des tuberculoses « chirurgicales » (adénites cervicales, abcès froids, fistules, mal de Pott, coxalgies, tumeurs blanches, épididymites). Présentation de sujets en cours de traitement et après traitement ;

3° Les notions indispensables à tous sur la rénovation de la pathologie de la hanche par les travaux d'après guerre.

*Moyens d'accès.* — Les tramways 14 et 20 du boule-

## NOUVELLES *(Suite)*

vard Saint-Germain ; descendre à l'arrêt : rue Jean-Nicot, entre le pont des Invalides et le pont de l'Alma.

**Service de santé des troupes coloniales.** — Sont prononcées les mutations suivantes :

DÉSIGNATIONS COLONIALES. — *En Indo-Chine* : MM. Ledoux, médecin lieutenant-colonel ; Bonnetblanc, médecin capitaine.

*A Madagascar* : MM. Legendre, Rannou, médecins capitaines.

*En Guyane* : M. Le Tallec, médecin capitaine.

*En Afrique occidentale française* : MM. Stevenel, médecin lieutenant-colonel ; Crozat, médecin commandant ; Carlier, médecin capitaine.

*En Afrique équatoriale française* : MM. Planchard, Grall, médecins capitaines.

*Au Cameroun* : M. Leuirade, médecin capitaine.

*Au Levant* : M. Buquet, médecine capitaine.

ANNULATION DE DÉSIGNATION COLONIALE. — La désignation du médecin Marcou, pour le Levant, est annulée.

Est autorisé à prolonger son séjour outre-mer : En Indo-Chine, M. le médecin-capitaine Marneffe.

Sont affectés en France : Au 2e rég. d'infanterie coloniale, M. Le Frou, médecin commandant ; au 21e rég. d'infanterie coloniale, .M Jean-Kerguistel, médecin capitaine ; au 23e rég. d'infanterie coloniale, MM. Le Dentu, médecin lieutenant-colonel et Chevals, médecin capitaine ; au 4e rég. de tirailleurs sénégalais, M. Retière, médecin commandant ; au 8e rég. de tirailleurs sénégalais, MM. Badet, médecin lieutenant-colonel et Germain, médecin capitaine ; au 12e rég. de tirailleurs sénégalais, M. Marty, médecin capitaine ; au 16e rég. de tirailleurs sénégalais, M. Basile, médecin capitaine ; au 24e rég. de tirailleus sénégalais, .M Goinet, médecin capitaine ; au 42e rég. de mitrailleurs malgaches, M. Illiou, médecin capitaine ; au 52e rég. de mitrailleurs indo-chinois, M. Giraud, médecin capitaine ; au 3e rég. d'artillerie coloniale, M. Ott, médecin capitaine ; au 10e rég. d'artillerie coloniale, M. Raynal, médecin capitaine ; au 11e rég. d'artillerie coloniale, M. Carretier, médecin commandant ; au centre de transition des troupes indigènes coloniales de Fréjus, M. Poncin, médecin commandant.

**Cours d'anatomie pathologique appliquée à la gynécologie (clinique gynécologique, hôpital Broca).** — M. BULLIARD, chef du laboratoire de gynécologie, fera ce cours au laboratoire de la clinique gynécologique de l'hôpital Broca, du 1er au 14 octobre 1931.

Ce cours, permettra aux élèves exercés individuellement à la technique anatomo-pathologique et à la lecture des préparations de se familiariser avec les divers procédés de laboratoire et de prendre une notion exacte des renseignements qu'il peut fournir. Chaque élève pourra se constituer une collection de coupes anatomo-pathologiques, à l'aide du matériel du service.

DURÉE : deux semaines, chaque jour, sauf le dimanche, le matin à 9 heures et l'après-midi de 2 h. 30 à 5 heures.

Le droit à verser est de 250 francs. S'inscrire au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 heures.

**Cours de perfectionnement de technique et diagnostic anatomo-pathologiques.** — Ce cours, sous la direction de M. G. ROUSSY, sera fait par M. Charles Oberling, agrégé, et M. Jacques Delarue, préparateur.

Ce cours commencera le jeudi 15 octobre 1931, à 14 heures, au laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, et se poursuivra les jours suivants à la même heure.

Le cours comprend :

1° Huit séances de démonstrations d'autopsie, qui comporteront la présentation et la discussion de pièces macroscopiques avec examens histologiques immédiats par congélation. Ces séances auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, de 10 à 12 h. 30, à l'Institut du Cancer, 16 *bis*, avenue des Ecoles, à Villejuif (service spécial d'autocar à l'aller et au retour) ;

2° Vingt séances au cours desquelles les auditeurs seront entraînés aux diagnostics microscopiques tels qu'ils se présentent dans la pratique d'un laboratoire d'anatomie pathologique et de clinique médicale.

Ils seront exercés, en outre, à toutes les méthodes de fixation, inclusion et coloration nécessaires suivant les cas.

Enfin, chaque séance comportera un exposé théorique accompagné de projections microscopiques et diascopiques, concernant les données générales indispensables à l'étude des préparations du jour.

Les préparations effectuées par chaque auditeur resteront sa propriété ; elles constitueront une base de collection dont les éléments auront été choisis parmi les cas les plus démonstratifs.

Ces vingt séances auront lieu tous les jours à 14 heures au laboratoire d'anatomie pathologique.

Ce cours est réservé exclusivement aux auditeurs régulièrement inscrits.

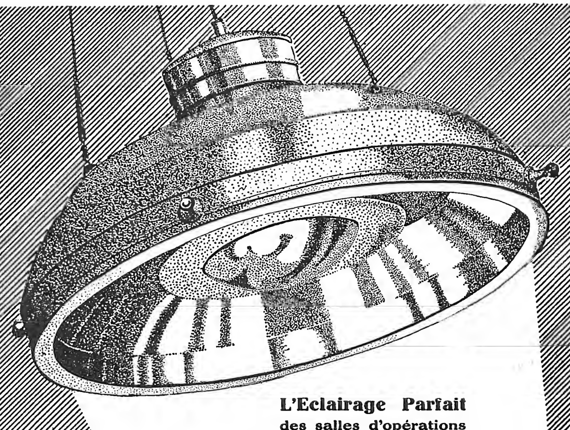
Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté, sur présentation de la quittance de versement du droit. MM. les étudiants devront, en outre, produire leur carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundi, mercredi et vendredi, de 14 à 16 heures.

Droit d'inscription : 300 francs.

**Cours pratique et complet de dermatologie (hôpital Saint-Louis).** — Ce cours aura lieu du 5 octobre au 31 octobre 1931, sous la direction de M. le professeur GOUGEROT, avec la collaboration de MM. Joyeux, professeur de parasitologie à la Faculté de Marseille ; Hudelo, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis ; Molian, Louste, médecins de l'hôpital Saint-Louis ; Sézary, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Sabouraud, ancien chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis ; Vallery-Radot-Pasteur, agrégé, médecin de Bicêtre ; P. Chevallier, agrégé, médecin de l'hôpital Cochin ; Touraine, médecin de l'hôpital Broca ; Burnier, ancien chef de clinique, assistant à l'hôpital Saint-Louis ; Perin, ancien chef de clinique ; Carteaud, Cohen, chefs de clinique ; Mlle Eliascheff, chef de laboratoire à la Faculté ; MM. Civatte, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis ; Ferrand, assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis ; Fernet, médecin de Saint-Lazare.

Le cours aura lieu du lundi 5 octobre au samedi 31 octobre 1931, tous les jours, excepté les dimanches et



fêtes, à 10 et 11 heures, 1 h. 30, 2 h. 45 et 4 heures, à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au Musée.

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins, de 9 heures à 11 h. 30. Le musée des moulages, les musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 heures à 12 heures et de 2 heures à 5 heures. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat pourra être délivré à la fin du cours aux auditeurs assidus. Ce cours comprendra 73 leçons.

Un cours semblable a lieu chaque année en avril et en octobre. Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire.

Ce cours est suivi d'un cours de syphiligraphie et vénéréologie qui aura lieu du 2 novembre au 28 novembre 1931 et d'un cours de thérapeutique dermato-vénéréologique qui aura lieu du 30 novembre au 19 décembre 1931.

Le droit à verser est de 350 francs.

Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance de versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au Dr Burnier (hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin).

Renseignements généraux pour MM. les médecins étrangers à l'Association A. D. R. M., Faculté de médecine, salle Béclard, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi).

**Cours pratique de thérapeutique gynécologique médicale (hôpital Lariboisière).** — Dans le service de M. Devraigne, MM. Jean Seguy et J.-E. Marcel commenceront le 29 octobre en cours pratique de thérapeutique gynécologique médicale.

Ce cours comprendra 6 leçons de deux heures chacune : ours théorique et travaux pratiques.

PROGRAMME DU COURS. — *a*) Traitement des métrites. Le filhos : M. J. Seguy. — *b*) Courant faradique et courant continu en gynécologie : M. J.-E. Marcel. — *c*) La haute fréquence en gynécologie : diathermie, courants de haute tension, etc. : M. J.-E. Marcel. — *d*) La diathermocoagulation en gynécologie. Curettage diathermique : M. J.-E. Marcel. — *e*) Rayons ultra-violets et infrarouges en gynécologie : M. J.-E. Marcel. — *f*) Traitement de la stérilité : insufflation, lipiodol, fécondation artificielle : M. J. Seguy.

Prix du cours : 200 francs. Les leçons auront lieu, en principe, après dîner, aux jours et heures à fixer d'accord avec les élèves. Prière de s'inscrire dans le Service de M Devraigne, à la Maternité de Lariboisière.

**Cours pratique d'histologie.** — Ces cours sont destinés aux médecins et étudiants désireux de se familiariser avec la technique histologique. Un enseignement spécial de la technique histologique élémentaire sera donné sous la direction de M. Champy, professeur.

Les séances auront lieu tous les jours, de 14 heures à 17 heures, au laboratoire d'histologie (salle Ranvier) de la Faculté de médecine, à partir du lundi 12 octobre jusqu'au 31 octobre 1931.

S'inscrire les lundis, mercredis et vendredis de 14 heures à 16 heures, au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4).

Le nombre des élèves est limité à 20.

Droit d'inscription : 250 francs.

**Clinique thérapeutique chirurgicale (hôpital de Vaugirard).** — Un cours de radiologie clinique du tube digestif (œsophage, estomac, duodénum, intestin grêle, côlon, rectum, voies biliaires) sera fait par M. le professeur M. Pierre Duval et par MM. Jean Gatellier, agrégé ; J.-Ch. Roux, Henri Béclère, François Moutier, Alban Girault et Pierre Porcher.

Ce cours a lieu chaque année à partir du deuxième lundi d'octobre. En 1931, il commencera le lundi 12 octobre et comprendra vingt et une leçons qui auront lieu : le matin à 9 h. 30, le soir à 17 h. 30.

PROGRAMME DES LEÇONS. — *Lundi 12 octobre.* — 9 h. 30, M. le professeur P. Duval, Dr Porcher : L'œsophage (l'œsophage normal, diverticules, dilatations, cancer, sténoses). — 17 h. 30, M. J.-Ch. Roux : L'estomac normal. Les ptoses gastriques et l'aérophagie. Les plis de la muqueuse.

*Mardi 13 octobre.* — 9 h. 30, M. le professeur P. Duval : Les déformations de l'intestin par aérocolie. Le volvulus de l'estomac. — 17 h. 30, M. Girault : L'ulcère gastrique non sténosant. L'ulcère de la petite courbure.

*Mercredi 14 octobre.* — 9 h. 30, Dr Girault : Le cancer et les tumeurs de l'estomac. — 17 h. 30, Dr Moutier : Les sténoses du pylore et les périgastrites.

*Jeudi 15 octobre.* — 9 h. 30. Dr Béclère : L'estomac biloculaire. Les compressions de l'estomac en dehors de l'aérocolie. La hernie diaphragmatique. — 17 h. 30, Dr Gatellier : L'estomac opéré (gastro-entérostomie, gastrectomie, etc.).

*Vendredi 16 octobre.* — 9 h. 30, Dr Porcher : Le duodénum normal. Les ptoses et les ectopies du duodénum. — 17 h. 30, Dr Moutier : L'ulcère du bulbe et les diverticules.

*Samedi 17 octobre.* — 9 h. 30, Dr J.-Ch. Roux : Les périduodénites bulbaires. Le duodénum dans la lithiase biliaire. — 17 h. 30, Dr Gatellier : Les sténoses sous-vatériennes du duodénum. Le duodénum opéré.

*Lundi 19 octobre.* — 9 h. 30. Dr Porcher : Examen du grêle. Le grêle précæcal. Les sténoses du grêle. L'invagination intestinale. — 17 h. 30, Dr Béclère : Examen des voies biliaires.

*Mardi 20 octobre.* — 9 h. 30, Dr Béclère : La lithiase biliaire. — 17 h. 30 : Dr Porcher : Le côlon normal. Les ptoses et les compressions du côlon.

*Mercredi 21 octobre.* — 9 h. 30, Dr Porcher : La stase colique. Les dolico et les mégacôlons. — 17 h. 30, Dr Gatellier : La radiologie du cæco-côlon droit (côlon mobile, tumeurs cæcales, appendicites, les malformations congénitales et acquises, volvulus du cæcum).

*Jeudi 22 octobre.* — 9 h. 30, Dr Moutier : Les colites et les péricolites. La diverticulose sigmoïdienne. — 17 h. 30, Dr Moutier : Les tumeurs du côlon.

*Vendredi 23 octobre.* — 9 h. 30, Dr Gatellier : L'occlusion intestinale. Intestin grêle et gros intestin. La radiologie dans les perforations du tube digestif. Le côlon opéré.

Droit d'inscription : 250 francs. S'inscrire au secré-

tariat de la Faculté de médecine, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

**Clinique ophtalmologique** (**Hôtel-Dieu**). — L'enseignement des stagiaires aura lieu les mardis, jeudis et samedis à 10 heures (Amphithéâtre Dupuytren), et comprendra des leçons pratiques avec projections, suivies d'exercices techniques et d'examens de malades.

Lundi et mercredis : consultation expliquée. — Vendredis, à 10 h. 30 : Leçon clinique.

**Histologie.** — Une série de travaux pratiques supplémentaires aura lieu au laboratoire des travaux pratiques, du 5 au 17 octobre 1931. Les séances auront lieu tous les jours de 13 h. 30 à 16 heures.

Le programme comportera une revision complète et rapide de toute l'histologie : Cytologie, tissus et organes. Les inscriptions seront reçues au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, jusqu'au vendredi 2 octobre 1931. Ces travaux sont destinés notamment aux étudiants qui n'ont pu suivre régulièrement les travaux pratiques et ont un nombre d'absences empêchant la validation de ces travaux. Le droit d'inscription est de 150 francs.

**Musée d'hygiène.** — Les conférences suivantes seront faites au musée d'hygiène, 57, boulevard Sébastopol, les dimanches à 17 heures ; elles seront illustrées généralement par des projections fixes ou cinématographiques.

*Dimanche 4 octobre* 1931. M. Edouard Tercinet : La législation de l'hygiène dans l'industrie (1re partie). — *Dimanche* 11 *octobre*. M. Edouard Tercinet : La législation de l'hygiène dans l'industrie (2e partie). — *Dimanche* 18 *octobre*. M. Dujarric de la Rivière : Pasteur et les microbes. — *Dimanche* 25 *octobre*. M. Dujarric de la Rivière : L'hygiène en général.

*Dimanche* 8 *novembre*. M. Sébille : L'hygiène urbaine.

*Dimanche* 20 *décembre*. M. Pigeire : Hygiène et l'habitation. Les méthodes modernes de chauffage et de ventilation. — *Dimanche* 27 *décembre*. M. Ogé : L'étude des constructions scolaires modernes.

*Dimanche* 3 *janvier* 1932. M. Diénert : Comment on stérilise l'eau à la maison. — *Dimanche* 10 *janvier*. M. Cambier : Le charbon actif ; applications à l'hygiène. — *Dimanche* 17 *janvier*. M. Lemée : Maladies contagieuses causées par les insectes. Insectes ailés : mouches, moustiques. Leur rôle. Notre défense, ou nos procédés de défense. — *Dimanche* 24 *janvier*. M. Lemée : Maladies contagieuses causées par les insectes. Insectes dépourvus d'ailes : poux, puces, punaises. Leur rôle. Notre défense, ou nos procédés de défense. — *Dimanche* 31 *janvier*. M. Lemaître : Vaccination antivariolique. Vaccination antidiphtérique.

*Dimanche* 7 *février*. M. le professeur H. Gougerot : Syphilis. — *Dimanche* 14 *février*. M. Biancani : Les cures climatiques chez les enfants. — *Dimanche* 21 *février*. M. Pescher : La santé par l'hygiène. — *Dimanche* 28 *février*. M. Martel : Les aliments. Leur valeur nutritive. Les vitamines et les maladies par carence.

*Dimanche* 6 *mars*. M. Chrétien : Comment on inspecte les viandes à Paris. — *Dimanche* 13 *mars*, M. J. Blier : Le lait à Paris. I. Le lait et le Parisien. — *Dimanche* 29 *mars*. M. J. Blier : Le lait à Paris. II. Le Parisien chez le crémier.

**Clinique des maladies du système nerveux.** — Professeur M. Georges Guillain. — Un cours de perfectionnement sur les maladies de l'encéphale, de la moelle épinière et du système nerveux périphérique, sera fait à la Salpêtrière par MM. Th. Alajouanine, agrégé, médecin des hôpitaux ; R. Garcin, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire ; L. Michaux, P. Mollaret, R. Thurel, P. Schmite, chefs de clinique ; J. Christophe, J. Darquier, P. Mathieu, J. Périsson, A. Thévenard, anciens chefs de clinique ; Bourguignon, chef du service d'électrothérapie de la Salpêtrière ; H. Lagrange, ophtalmologiste des hôpitaux ; Aubry, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.

Ce cours clinique, avec présentation de malades, comportera deux séries de 16 leçons ; la première série commencera le lundi 19 octobre 1931, à 14 heures, à l'amphithéâtre de la clinique Charcot, et comportera deux leçons par jour, l'après-midi ; la deuxième série commencera le mercredi 4 novembre 1931, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Droit d'inscription pour chacune de ces séries : 250 francs.

Les bulletins de versement du droit seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

**Cours populaire sur les maladies vénériennes.** — Ce cours est organisé par la Société française de prophylaxie sanitaire et morale et aura lieu au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, 12, rue de l'École-de-Médecine.

1° *Samedi 7 novembre* 1931, à 20 h. 45 : Examen prénuptial. Prophylaxie des syphilis et blennorragies conjugales. M. le Dr H. Gougerot, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Législations étrangères : Mlle Laure Biardeau, docteur en droit.

2° *Samedi* 14 *novembre* 1931, à 20 h. 45 : Danger social et économique de la syphilis et de la blennorragie. M. le Dr Cavaillon, chef du service central de prophylaxie des maladies vénériennes au ministère de la Santé publique.

3° *Samedi* 21 *novembre* 1931, à 20 h. 45. : Histoire sociale de la syphilis. M. le Dr Sicard de Plauzoles, directeur général de la Ligue nationale française contre le péril vénérien.

4° *Samedi* 28 *novembre* 1931, à 20 h. 45 : La syphilis : tableau clinique, évolution et méthodes de diagnostic. M. le Dr Joannon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

5° *Samedi* 5 *décembre* 1931, à 20 h. 45 : La syphilis héréditaire. M. le Dr Marcel Pinard, médecin de l'hôpital Cochin.

6° *Samedi* 12 *décembre* 1931, à 20 h. 45 : Les méthodes de traitement de la syphilis. Sa guérison. M. le professeur Henri Gougerot.

7° *Samedi* 19 *décembre* 1931, à 20 h. 45 : La blennorragie. Ses dangers lointains. Diagnostic et traitement. M. le professeur Henri Gougerot.

8° *Samedi* 9 *janvier* 1932, à 20 h. 45 : Organisation sociale du traitement de la syphilis. Dispensaires et service social. M. le Dr Cavaillon.

9° *Samedi* 16 *janvier* 1932, à 20 h. 45 : Modes de transmission de la syphilis et de la blennorragie. Transmission extravénérienne, vénérienne, par le mariage, par

la prostitution. Conditions sanitaires du mariage. M. le Dr Joannon.

10° *Samedi* 23 *janvier* 1932, à 20 h. 45 : La prostitution et ses dangers ; les moyens de lutte. M. le Dr Joseph Nicolas, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

11° *Samedi* 30 *janvier* 1932, à 20 h. 45 : La responsabilité dans la transmission des maladies vénériennes : le délit pénal de contamination. M. le Dr Queyrat, médecin honoraire de l'hôpital Cochin, président de la Ligue nationale française contre le péril vénérien.

12° *Samedi* 6 *février* 1932, à 20 h. 45 : Propagande et éducation du public. M. le professeur Spillmann, doyen de la Faculté de médecine de Nancy.

13° *Samedi* 13 *février* 1932, à 20 h. 45 : Éducation prophylactique de la jeunesse. Mme la doctoresse G. Montreuil-Straus, président du Comité d'éducation féminine de la Société française de prophylaxie sanitaire et morale.

14° *Samedi* 20 *février* 1932, à 20 h. 45 : Rôle des femmes dans la lutte antivénérienne. Mme la doctoresse G. Montreuil-Straus.

Ce cours s'adresse aux pères et mères de famille, à tous les éducateurs et aux jeunes adultes des deux sexes ; il est public et gratuit.

**Cours de vacances de pratique obstétricale (deuxième série). (Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier. Professeur : M. Brindeau).** — Ce cours sera fait par MM. les Drs Marcel Metzger, agrégé, accoucheur de l'hôpital Bretonneau ; Vaudescal, agrégé ; Chevallier, agrégé, médecin des hôpitaux ; Lantuéjoul, accoucheur des hôpitaux ; Désoubry, de Peretti Suzor Bidoire, Fleury, chefs de clinique et anciens chefs de clinique ; de Manet ancien chef de clinique adjoint, assistés des moniteurs, de la clinique.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le lundi 19 octobre 1931 ; il compendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours à partir de 9 h. 30 et de 16 heures. Les leçons seront illustrées de projections photographiques et cinématographiques. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un diplôme sera donné à l'issue de ce cours.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la Clinique Tarnier.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Le droit à verser est de 250 francs.

**Cours de technique ophtalmologique et de chirurgie oculaire.** — M. le professeur F. Terrien, assisté de M. Velter, agrégé, et de MM. les Drs Casteran, Veil, Renard, J. Blum, Dollfus et Hudelo, chefs de clinique et chefs de laboratoire, commencera le vendredi 23 octobre, à 10 heures, à l'amphithéâtre Dupuytren, un cours de technique ophtalmologique et de chirurgie oculaire, avec exercices pratiques, en douze leçons, et le continuera les jours suivants.

Les droits à percevoir sont fixés à 300 francs.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

**Cours de technique élémentaire médico-chirurgicale (hôpital Boucicaut).** — Ce cours aura lieu du vendredi 2 octobre au jeudi 29 octobre inclus.

Ce cours, exclusivement réservé aux étudiants en médecine de première année avant le début de leur stage hospitalier, aura lieu chaque matin, à 10 heures, à l'hôpital Boucicaut, sauf le dimanche, sous la direction de MM. Courcoux et Trémolières, médecins de l'hôpital Boucicaut, de M. Rouhier, chirurgien des hôpitaux, avec la collaboration de M. Guilbert, radiologiste de l'hôpital Boucicaut, et de M. Bidermann et Tardieu, assistant à l'hôpital Boucicaut. Après un court exposé théorique, les auditeurs seront exercés individuellement aux méthodes d'exploration clinique des malades.

## MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

4 Octobre. — *Paris.* Cercle de la librairie, 117, boulevard Saint-Germain, XIIe Salon des médecins.

4 Octobre. — *Strasbourg.* Journée de la protection de l'enfance.

5 Octobre. — *Paris.* Congrès de l'Association française de chirurgie.

5 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine 17 heures. Réunion de la Société française de gynécologie.

5 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine de Paris Consignation pour les examens de chirurgien-dentiste Validation de stage (ajournés).

5 Octobre. — *Toulon.* Concours pour l'emploi de chargé de cours de séméiologie et petite chirurgie de l'École de médecine navale de Brest et pour l'emploi chargé de cours d'anatomie descriptive à l'École de médecine navale de Rochefort.

5 Octobre. — *Paris.* Leçons sur les notions indispensables de radiodiagnostic clinique médico-chirurgical et d'interprétatiln radiologique, par M. Ledoux-Lebard.

5 Octobre. — *Paris.* Hôpital Broussais. Ouverture d'un cours sur les grands syndromes cardiaques sous la direction de M. Charles Laubry.

5 Octobre. — *Paris.* Hôpital Baudelocque. Ouverture du cours d'opérations obstétricales sous la direction de M. Portes.

6 OCTOBRE. — *Reims*. Dernière limite des inscriptions pour le concours de l'internat des hôpitaux de Reims.

6 OCTOBRE. — *Paris*. Congrès français d'urologie.

6 OCTOBRE. — *Toulon*. Concours pour l'emploi de prosecteur à l'École de médecine navale de Rochefort et à l'École de médecine de Toulon.

6 OCTOBRE. — *Paris*. Hôpital Saint-Louis. Inauguration du monument du professeur Lecène.

7 OCTOBRE. — *Toulon*. Concours pour l'emploi de professeur de physiologie à l'École de médecine navale de Brest et à l'École de médecine navale de Rochefort.

7 OCTOBRE. — *Paris*. Dernier délai d'inscription pour le concours de médecin résidant à l'hôpital Saint-André.

7 OCTOBRE. — *Paris*. Assistance publique. Clôture du registre d'inscription pour le concours de stomatologiste des hôpitaux de Paris.

7 OCTOBRE. — *Rouen*. Dernier délai d'inscription pour le concours de l'externat des hôpitaux de Rouen.

7-12 OCTOBRE. — *Paris*. IIe Conférence internationale et Congrès colonial du rat et de la peste.

8 OCTOBRE. — *Paris*. Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription pour le concours d'aptitude aux fonctions de chef de laboratoire de bactériologie des hôpitaux.

8 OCTOBRE. — *Paris*. Assistance publique. Epreuve orale du concours de l'internat.

9 OCTOBRE. — *Paris*. Réunion de la Société française d'orthopédie.

10 OCTOBRE. — *Reims*. Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Reims, à 9 heures du matin, à l'hôpital civil.

11 OCTOBRE. — *Padoue*. Congrès italien contre la tuberculose.

11 OCTOBRE. — *Locarno*. ouverture des cours de perfectionnement de la fondation Tomarkin.

12 OCTOBRE. — *Paris*. Concours d'infirmière de l'Assistance publique à l'hospice de la Salpêtrière, à 13 heures.

12 OCTOBRE. — *Dijon*. Ecole de médecine. Concours pour la place de chefs de travaux de physique à l'École de médecine de Dijon.

12 OCTOBRE. — *Paris*. Ouverture d'une série supplémentaire de travaux pratiques de pharmacologie et matière médicale.

13 OCTOBRE. — *Paris*. Ministère des Colonies. Clôture du registre d'inscription pour le concours de médecin stagiaire de l'assistance médicale en Indochine.

14 OCTOBRE. — *Paris*. Congrès international de pathologie comparée.

14 OCTOBRE. — *Paris*. Assistance publique, dernier délai de remise des mémoires pour le prix Fillioux.

15 OCTOBRE. — *Dijon*. Dernier délai d'inscription pour le concours d'aide de clinique chirurgicale de l'Ecole de médecine de Dijon.

15 OCTOBRE. — *Paris*. — Assistance publique. Clôture du registre d'inscription pour le concours de médaille d'or des hôpitaux de Paris.

15 OCTOBRE. — *Alger*. Concours de pharmacien des hôpitaux d'Oran.

15 OCTOBRE. — *Paris*. Concours de médecin spécialisé des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du Finistère.

15 OCTOBRE. — *Paris*. Ministère des Colonies. Clôture du registre d'inscription pour le concours de médecin stagiaire de l'assistance médicale de Madagascar.

15 OCTOBRE. — *Tours*. Concours pour la nomination d'un chef de clinique obstétricale.

15 OCTOBRE. — *Paris*. Ouverture d'un cours de perfectionnement d'anatomie pathologique.

16 OCTOBRE. — *Paris*. Concours de professeur suppléant de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'École de médecine d'Angers.

17 OCTOBRE. — *Paris*. Assistance publique. Clôture du registre d'inscription pour le concours d'aptitude aux fonctions de chef de laboratoire de bactériologie des hôpitaux.

19 OCTOBRE. — *Toulouse*. Concours de professeur suppléant d'anatomie à l'École de médecine de Clermont-Ferrand.

19 OCTOBRE. — *Paris*. Congrès français d'oto-rhino-laryngologie.

19 OCTOBRE. — *Nice*. Concours pour 10 places d'internes de médecine et chirurgie des hôpitaux de Nice.

19 OCTOBRE. — *Bordeaux*. Concours de l'externat des hôpitaux de Bordeaux.

20 OCTOBRE. — *Bordeaux*. Concours de l'internat des hôpitaux de Bordeaux.

20 OCTOBRE. — *Toulouse*. Concours de professeur suppléant de clinique obstétricale à l'école de médecine de Clermont-Ferrand.

21 OCTOBRE. — *Paris*. Assistance publique. Concours de l'externat des hôpitaux de Paris.

21 OCTOBRE. — *Paris*. Ouverture d'un concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine.

29 OCTOBRE. — *Dijon*. Ecole de médecine. Concours d'aide de clinique chirurgicale de l'Ecole de médecine de Dijon.

# INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

## CONTRAT DE MARIAGE DU MÉDECIN

Par E.-H. PERREAU
Professeur de Législation industrielle à la Faculté de droit de Toulouse

La plupart des médecins rédigent en se mariant des conventions matrimoniales ; mais généralement ils n'y parlent guère de l'exercice de leur profession. A cet égard, leur contrat de mariage est assez difficile à rédiger où l'on entend réserver tous leurs droits. Ordinairement les notaires connaissent peu les principes applicables. Ils sont d'ailleurs très excusables ; car les traités de droit civil n'exposent pareils principes que d'une manière très incomplète et même très défectueuse.

La loi ne nous dit rien sur ce sujet, le Code civil passant entièrement sous silence toutes les clientèles. Il est donc nécessaire de s'adresser à la jurisprudence, d'ailleurs assez peu fournie dans cette matière très spéciale. De son silence faut-il conclure que les époux parviennent toujours à une entente amiable, ou bien que, faute d'indication dans son contrat de mariage, chez son notaire ou dans les livres de droit civil, le médecin renonce à toute réclamation en justice, en cas de liquidation contraire à ses intérêts ?

Sous les régimes où les biens du mari demeurent indépendants (exclusion de communauté, séparations de biens, régime dotal), il n'aura guère que des difficultés de fait, par exemple pour évaluer sa clientèle, ou déterminer les objets formant son outillage, sa bibliothèque ou son mobilier professionnel. Mais il en est tout autrement du régime de communauté, qu'elle qu'en soit l'étendue. Or c'est précisément le plus ordinaire et celui des époux qui n'ont pas expressément déclaré vouloir en adopter un autre (art. 1393 et 1400, Code civil). Cantonnons-nous donc dans ce régime, en envisageant successivement le cas où les époux n'ont pas fait de contrat de mariage, et les clauses modificatrices de la communauté légale les plus importantes pour un médecin.

### I. — Cas où les époux n'ont pas fait de contrat de mariage.

Quand les époux ne rédigent pas de conventions matrimoniales, ils sont soumis au régime de la communauté dite légale, régie par les articles 1401-1496, Code civil (art. 1393 et 1400). Sous ce régime, tous les biens mobiliers quelconques, appartenant à l'un ou l'autre époux au jour du mariage, ou acquis par eux, voire gratuitement (succession ou donation), pendant la communauté, tombent dans celle-ci.

Quelle va donc être la situation de la clientèle du médecin et de son outillage professionnel ? Mettons d'abord de côté le cas où le médecin possède une clinique ou maison de santé, dont il ne soigne pas les malades exclusivement lui-même. C'est alors un fonds de commerce, tombant, comme meuble incorporel, dans la communauté (Cass. 3 juin 1908, S. 1909.1.126).

Longtemps la jurisprudence qualifia d'autre façon les cliniques dont le médecin propriétaire soignait lui-même ses malades, avec ou sans l'aide de confrères engagés par lui. Mais la jurisprudence la plus récente les traite elles aussi comme fonds de commerce, quand, outre les soins médicaux, elles procurent aux pensionnaires nourriture et logement (Civ. 12 nov. 1923, S. 25.1.153). Nous revenons donc alors à la solution précédente.

Supposons maintenant un médecin possédant une clinique où il n'héberge pas ses pensionnaires, ou bien une clientèle ordinaire. Tombe-t-elle encore en communauté ?

Observant que les clientèles médicales font constamment l'objet de cessions, certains auteurs, et non des moindres, y voient de véritables biens, qui, étant mobiliers, dépendent de la masse commune (Planiol et Ripert, *Traité pratique de droit civil, Régimes matrimoniaux*, t. VIII, par Nast, n° 175, p. 214). Il est peu probable que cette solution soit acceptée par la jurisprudence, quand la question se posera devant les tribunaux. Elle n'interprète pas, en effet, les cessions de clientèles médicales comme des ventes, mais comme des contrats innominés comportant principalement une obligation de faire (celle de présenter le successeur aux clients) et une de ne pas faire (celle de cesser d'exercer la médecine dans une localité). Les juges se montrent même très ombrageux vis-à-vis des contrats semblant considérer la clientèle d'un médecin comme un bien (Voy. nos *Eléments de jurisprudence médicale*, p. 127 et s. ; cf. Sociétés de médecins, A propos de récents arrêts, *Paris médical*, 8 mai 1926, p. 3).

Refusant de laisser mettre une clientèle médicale en société en vertu d'une convention expresse (Paris 5 mai 1922, S. 26.2.57), très probablement la jurisprudence refuserait de la laisser entrer dans la société tacite qu'est la communauté légale (Voy. cependant pour la clientèle d'un vétérinaire : Trib. civ. Doullens 8 mai 1908, D. P. 1910.2.92).

Les auteurs ayant étudié spécialement les biens qui restent propres aux époux excluent de la communauté les clientèles médicales (L. Bérard, *Du caractère personnel de certains droits dans les régimes de communauté*, p. 72 et s.).

Enfin entrent certainement dans la communauté les instruments, livres, appareils et autres objets mobiliers quelconques servant à l'exercice de la

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

médecine. Il n'est pas d'exception pour les biens matériels servant à l'exercice d'une profession libérale : les livres et les minutes d'un notaire tombent dans la communauté conjugale. Le droit au bail du local où se trouve le cabinet d'un médecin est lui-même, d'après l'opinion générale, un droit mobilier, tombant lui aussi dans la communauté, solution souvent consacrée par justice pour le droit au bail d'un immeuble où l'un des époux aurait un fonds de commerce.

Sans doute, sur les biens communs, le mari posséderait des droits assez analogues à ceux d'un propriétaire (art. 1421 et 1422, Code civil). Cependant il importe de savoir si tel bien est propre ou commun ; car, à la dissolution de la communauté, l'époux médecin ne peut, à défaut d'entente avec son conjoint, ou les héritiers de celui-ci, prétendre à l'attribution par préférence de ceux des biens communs qui lui servent à pratiquer son art.

Il sera donc utile au médecin désirant se réserver de reprendre une clinique, un outillage professionnel, à la dissolution de la communauté, de le stipuler dans son contrat de mariage. On peut songer principalement aux deux clauses suivantes.

### II. — Stipulations conventionnelles.

1° *Clause de précompte.* — Tout en laissant clinique, outillage ou ameublement professionnels entrer dans la masse commune, le médecin stipulera, dans son contrat de mariage, qu'il aura droit de les reprendre, tels qu'ils seront à la dissolution de la communauté, sauf à précompter sur sa part dans les biens communs (normalement la moitié de ceux-ci : art. 1474, Code civil), leur valeur au jour de cette dissolution, en payant une soulte en argent quand cette valeur excédera cette part. Au moyen de cette clause, le médecin reprendra non pas nécessairement les instruments, appareils ou meubles de métier garnissant son cabinet au jour de son mariage, mais ceux qui les auront remplacés et s'y trouvant à la dissolution de la communauté.

Cette convention recevra toutes les variantes, au gré des époux.

Afin de préciser les idées, ils pourront estimer d'avance la somme pour laquelle l'époux médecin doit imputer sur sa part les biens qu'il reprend. Étant libres de conclure toutes conventions pécuniaires à leur choix concernant leur mariage (art. 1496, Code civ.), les conjoints peuvent abaisser, tant qu'il leur plaira, cette évaluation.

De même, ayant le droit d'attribuer à l'un d'eux toute la communauté à sa dissolution (art. 1525, Code civ.), ils conviennent valablement, par contrat de mariage, afin de ne pas embarrasser le fonctionnement de la clinique ou du cabinet par le paiement d'une soulte en argent, précisément à l'âge où le médecin touche à la vieillesse, qu'il gardera, s'il survit à sa femme, sa clinique ou son outillage professionnel sans rien payer aux héritiers de l'épouse.

Cette clause de précompte a, sur la suivante, l'avantage de ne pas obliger le médecin à conserver un outillage démodé, un mobilier défraîchi, avec bibliothèque archaïque, surtout quand leur contrat de mariage leur donne une estimation excédant sensiblement leur valeur actuelle.

Cette clause peut s'appliquer soit à la clinique, l'outillage, le mobilier professionnel que le médecin possède au jour de son mariage, soit à ceux qu'il acquiert particulièrement pendant le mariage.

2° *Clause de réalisation et communauté d'acquêts.* — Pour éviter, au jour de la dissolution de la communauté, toute discussion sur la valeur des biens repris, sans faire d'avance une estimation qui dépasserait plus tard leur valeur diminuée par le temps et l'usage, on emploiera une autre stipulation.

Dès le jour du mariage on exclura de la communauté la clinique, l'outillage ou le mobilier professionnel, en convenant soit simplement que le médecin les conserve à titre de propre (clause dite de réalisation), soit, comme les époux le préfèrent généralement, que la communauté sera réduite aux seuls acquêts faits pendant le mariage, chaque époux gardant la propriété de tous ses biens, même mobiliers (art. 1498, Code civ.). Rien n'empêche les époux de convenir à l'avance dans leur contrat de mariage que le médecin conservera comme propre la clinique ou l'outillage professionnel, qu'il se réserve d'acquérir pendant le mariage, jusqu'à concurrence de telle somme.

Dans ces divers cas, le médecin demeure, pendant la communauté, propriétaire exclusif des biens qu'il s'est ainsi réservés, et les conserve de même après la dissolution de la communauté.

Cette clause a sur la précédente l'avantage, quand le diplôme de médecin appartient à la femme, et qu'elle entend dans tous les cas conserver ses biens professionnels, d'empêcher son mari de les aliéner pendant la communauté (art. 1421, Code civ.). La clause d'imputation ne lui enlève pas ce droit de disposition (Cass. 14 mars 1903, S. 1904.1.137).





EXIGER
LA MARQUE DE FABRIQUE
SALUS ET SCIENTIA




NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS




NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS






LABOR IMPROBUS
LA MEDICALE
OMNIA VINCIT

# VARIÉTÉS

## LE MALAISE DE LA MÉDECINE AU XVI[e] SIÈCLE

II

*La Police de l'art et science de médecine* (1).

J'ai montré dans un précédent article quel était cet André du Breil, en principe médecin de la peste à Rouen, en fait directeur de la Santé de la capitale de la Normandie.

Il me reste maintenant à exposer son œuvre, en insistant sur les nombreux points de contact que, dans ces temps en apparence si différents et si éloignés des nôtres, l'exercice de notre profession offrait avec la pratique médicale de nos jours. Pléthore médicale, multiplication à l'infini de la spécialisation, dichotomie ou mieux symbiose, exercice illégal de la médecine par les apothicaires, tout y est.

En présentant du Breil aux lecteurs de *Paris médical*, j'ai eu l'occasion de parler de son style. A ce que j'ai déjà dit j'ajouterai que la *Police de l'art et science de médecine* se distingue de bien des ouvrages de l'époque par une qualité qui leur fait généralement défaut : la composition. Si l'on voulait faire une simple analyse de ce livre, il suffirait de suivre pas à pas l'exposition du médecin de Rouen, tant elle est ordonnée, claire et méthodique. A cet égard, si jamais l'on entreprend la publication d'une anthologie de la littérature médicale à l'époque de la Renaissance, du Breil méritera d'y figurer en bonne place. Mais en écrivant cet article, mon but est beaucoup moins d'éveiller la curiosité de qui voudra bien me lire et de lui révéler un personnage, trop oublié à mon sens, que de lui faire saisir combien sont anciennes et profondes les causes du malaise de la médecine, causes dont nous ressentons encore maintenant les effets. Après avoir fait connaître les remèdes qu'il proposait pour le combattre, nous chercherons les enseignements que l'on peut tirer pour le présent de ces remontrances adressées, il y a trois cent cinquante ans, par un honnête et courageux médecin au dernier des Valois.

Comme l'indique son titre qui, suivant les habitudes du temps, est plutôt un long sommaire qu'une indication du sujet de l'ouvrage, le livre de du Breil est avant tout une charge à fond contre les charlatans.

L'ouvrage se termine par des aperçus intéressants sur les fraudes alimentaires, les falsifications des médicaments qui avaient cours en ce temps-là et des considérations d'économie politique qui font de Du Breil un véritable précurseur de Quesnay. Deux épîtres imprimées en caractères italiques précèdent le mémoire. La première, dédicace adressée au roi très chrestien Henri, troisième du nom, roi de France et de Pologne, constitue de véritables remontrances au souverain.

La seconde lettre, destinée au Sénat de Rouen, a pour principal objet de mettre la population rouennaise en garde contre les abuseurs.

Mais qu'est-ce qu'un abuseur pour notre Angevin ? Avant de répondre à cette question, suivons l'auteur dans ses développements historiques.

Pour du Breil, comme pour Bernier (2) un siècle plus tard, la médecine est d'origine divine. Quand Adam et Ève furent chassés du Paradis terrestre, le créateur leur envoya l'ignorance et la maladie en partage. Mais, dans sa miséricorde, Dieu institua la médecine et les médecins. Toutefois il faut bien se garder de croire que le Tout-Puissant accorda aux médecins la science infuse. En tant qu'hommes, il les soumit, comme tous leurs congénères, à la dure loi du travail, et c'est par un labeur incessant qu'ils doivent péniblement acquérir leurs connaissances.

Un médecin, protestant d'origine française, réfugié à Genève, Daniel Leclerc (3), fut le premier qui s'éleva contre cette conception théogénique de notre art. En résumé, jusqu'à la fin du XVII[e] siècle, les médecins regardent leur profession comme un sacerdoce, à quoi doivent être attachés de nombreux privilèges.

Cette conception de l'essence du médecin est quelque peu différente de l'idée que s'en faisait l'antiquité. Elle voyait en lui sinon un dieu, du moins un délégué de la Divinité sur la terre. Qu'on ne s'imagine pas, du reste, qu'avec les progrès de la civilisation, cette opinion ait complètement disparu. On la retrouve encore très fortement ancrée dans l'esprit des ruraux. Dans nos campagnes, le terme de médecin doit être pris dans son acception la plus large de guérisseur. Depuis combien de temps, dans certaines familles, le pouvoir de guérir telle ou telle maladie ne s'est-il pas transmis de père en fils, tout comme jadis, le pouvoir de guérir les écrouelles pour les Rois de France, et ce indépendamment de toute connaissance spéciale, grâce à l'émanation héréditaire d'une vertu surnaturelle ?

Donc, pour du Breil, la médecine est un sacerdoce. De même que le prêtre doit vivre de l'autel, le médecin doit vivre de son art. Sur ce point, les Livres Saints, la Bible, l'Ecclésiaste, sont en plein

(1) Voir *Paris médical*, 1931, n° 39, partie paramédicale, p. 47.

(2) JEAN BERNIER (de Blois), Histoire de la médecine, 1re édition, Paris, 1689.

(3) DANIEL LECLERC, Histoire de la médecine, Amsterdam, 1697.

# VARIÉTÉS *(Suite)*

accord avec le droit civil et les plus fameux légistes, tel Ulpian.

Dès l'enfance du monde, le médecin de la peste reconnaît trois sectes (écoles) médicales :

1° Les *empiriques*, qui confinaient leur art en quatre mots : nature, fortune, révélation ou divination ; les empiriques condamnaient l'anatomie et la dissection comme chose exécrable et cruelle. « Quelle chose, proteste notre Angevin, est plus nécessaire à cognoître que le subjet ? »

Au XVI[e] siècle, suivant du Breil, cette secte a pour représentants les alchimistes et les métallistes : Arnaud de Villeneuve, Paracelse et Raymond Lulle, et aussi les marchands de pierre philosophale « de laquelle je n'ai encore aperceu avoir aucune vertu en aucune maladie, sinon pour faire vider les bourses ».

2° Les *méthodiques*, qui enseignaient que le corps est composé d'atomes et qu'il n'y a que trois causes premières de maladies : par adstriction ou resserrement d'atomes, par relaxation ou relâchement ; par adstriction et relaxation combinées.

A ces deux sectes de médecins *réprouvés*, du Breil oppose les médecins *dogmatiques ou rationnels* « qui par bon jugement, raison et expérience s'attribuent la cognoissance des *choses naturelles* (physiologie), *non naturelles* (hygiène) et *contre nature* (pathologie) ». Mais avant de poursuivre l'exposé des doctrines du médecin de Rouen, je dois, pour l'intelligence de ce qui doit suivre, donner un aperçu succinct des conditions de l'exercice de la médecine en France sous Henri III.

En premier lieu on ne doit pas perdre de vue qu'il n'y a pas de lien entre les différentes Universités, pas de statut commun. Ainsi, tandis qu'à Paris les professeurs sont nommés pour deux ans à l'élection corrigée par le sort, à Montpellier, ils sont nommés à vie à la « dispute », au concours.

Ce qu'on appelait alors la Faculté de médecine de Paris n'était pas, comme aujourd'hui, l'ensemble du corps enseignant la médecine de cette Université, c'est l'ensemble de tous les praticiens qui ont acquis le droit d'exercer dans la capitale, en y faisant toutes leurs études médicales. A l'exception des médecins attachés à la personne du roi ou d'un prince du sang, étaient seuls admis à pratiquer leur art dans Paris les personnes qui, munies du certificat de maîtres ès arts bacheliers, avaient accompli deux années de philosophie et cinq ans d'études médicales au cours desquelles les aspirants docteurs, les *philiatres* subissaient de nombreux examens pour le baccalauréat après trois ans d'études, pour la licence ensuite, enfin pour le doctorat.

Après avoir présidé pour la première fois une thèse, le jeune docteur ajoutait à ce titre celui de régent.

Autant par l'inspiration que par l'exécution, presque toujours, du reste, cette thèse était son œuvre.

A Paris, le directeur de la Compagnie, le Doyen est, comme les professeurs, désigné pour deux ans, par un procédé compliqué où le hasard se combine à l'élection. Jusqu'à Fagon, les médecins du roi sont rarement issus de la Faculté de Paris. La plupart viennent de Montpellier. Cette charge, comme celle de médecins de la reine, des princes et des princesses de sang royal, s'acquérait à force d'intrigues, de protections et aussi d'écus.

Le premier médecin était logé au Louvre. On l'appelait *Comes archiatrorum*. Il portait le titre de conseiller ordinaire du roi et était en fait le chef du Service de santé en France.

Les médecins, jusqu'à la Révolution, n'ont pas rempli beaucoup de fonctions publiques, à l'exception de celle de médecin du roi.

Il n'y avait pas de médecins pour l'armée et la marine. Mais il y avait des chirurgiens attachés aux navires de guerre, aux hôpitaux militaires et aux régiments.

Si l'assistance médicale aux indigents n'existait pas officiellement, il ne faut pas, comme on le fait trop généralement maintenant, faire à Renaudot un mérite trop exclusif de l'avoir introduite à Paris. Les médecins de la capitale donnaient des consultations gratuites aux indigents, aux Écoles de médecine de la rue de la Bûcherie (1). » Même pendant les longues années qui précèdent la publication du premier Codex (2), la Faculté s'est adjoint un apothicaire qui essaye les drogues, et les préparations sont distribuées gratuitement aux indigents. De plus, un certain nombre de médecins bénévoles secourent les malades indigents de leurs paroisses (3) et des médecins charitables, comme Brayer, ne réclamaient jamais d'honoraires à leurs clients (4).

Mais revenons au malaise de la médecine.

Pour du Breil, les médecins ont commencé « à recevoir scandale, déshonneur, être contraints de recevoir hostes, payer tribus et subsides et être mal recogneus, récompensés ou salariés quand par négligence ou trop grande faveur et bonté ou par paresse et avarice, ils ont laissé porter atteinte aux privilèges qu'ils possédaient de toute ancienneté, de droit divin et humain et sans controverse d'être en possession de régler leurs diffé-

(1) Voy. GUY PATIN, lettre à Spon, p. 368 et suiv. Ed. Triaire.

(2) HAZON, Éloge de la Faculté de médecine de Paris.

(3) DELAUNAY, La médecine et les médecins du XVI[e] au XVIII[e] siècle.

(4) BERNIER, Histoire de la médecine, première édition.

## VARIÉTÉS *(Suite)*

rends et en ont mis messieurs les juges en jouissance, lesquels enfin voudraient cognoitre de toutes les matières, condenses, crasses, épaisses ou liquides... » Notre Angevin reproche encore à la magistrature d'avoir fait modifier les formes de la médecine légale et d'avoir introduit dans les rapports « le style de chicanerie ». Il leur reproche enfin leur extrême indulgence envers « les guérisseurs, circulateurs (1), thériaqueurs, qui, *comme harpies diaboliques, infectent et contaminent les autres choses de pernicieuses conséquences qu'on ne saurait estimer, à raison de quoi sont plus à reprendre que vrais homicides et assassinateurs et méritent estre expulsés et déchassés des pays, puis comme une peste et forbanis de la République chrestienne.*

« *Que si nous voulons de plus près regarder à leurs qualités et genre de vie, nous trouverons par leurs histoires, avoir été ordinairement accusés et reprins de fausse monnoye et repris de quelques autres vices. La plupart sont apostats, débauchés, coureurs, thériacleurs, séducteurs, fugitifs de leurs pays, athéistes, presbtres, moynes, cordonniers, savetiers, cardeurs, femmes impudiques qui d'ordinaire ont passé les piques* (2) *et ont été guéries de la maladie vénérienne, dont elles disent avoir appris tous les secrets de la médecine et à guérir toutes autres maladies, et plusieurs autres manières de gens qui ont perdu, mangé, dépendu et dissipé leur bien à faire bonne chère, à paillarder, à jouer ou à souffler, ou à plaider ou à autres folies qui ne savent plus que faire, ni de quel mestier se mesler.*

*La complicité des grands.* — « Je sais bien que les grands ont merveilleusement favorisé et supporté tels sectaires et quelques princes ont répondu aux remontrances qu'on leur avait faites, que Dieu avait pu déclarer et départir les occultes secrets aussi bien à toutes espèces de gens aussi bien qu'aux médecins, que c'estait un grand bien pour la République qu'à cause que par ce moyen tous les secrets de médecine étoient révélés, déclarés et manifestés à tous, par ci devant incogneus et cachés et que par ainsi il y aurait grande abondance de médecins, à bons prix, lesquels se faisoient prier et testonner pour aller visiter les malades. »

*Les fautes des médecins.* — Du Breil reproche aux vieux médecins de vouloir faire trop de visites, de voir les malades en toute hâte, et de ne pas prendre avec eux pour les assister quelque jeune médecin, en un mot « d'être plus près de leurs particuliers proufficts que de l'intérêt de la communauté ».

Il reproche aux maîtres de la médecine, médecins du roi et doyens des Facultés « d'avoir laissé s'introduire, croître et multiplier ces malheureuses sectes pour n'y avoir résisté du commencement et faire garder leurs reigles, statuts et ordonnances, comme ils y étaient tenus et obligés par serments. Les médecins des rois s'occupaient plutôt à employer la faveur des grands pour accumuler des richesses qu'à soutenir et défendre l'honneur et dignité de leur estat.

« Les doyens et premiers praticiens principaux des villes et facultés ne faisaient qu'en rire et railler quand on leur en parlait, disant que tels abuseurs leur apportaient de la pratique et que, quant à eux, ils ne voulaient encourir la haine et inimitié de personne, s'oubliant de leur jurement, charge, estat, office ou bien craignant de perdre quelques practiques, gaings ou proufficts, préférant le particulier au public, comme on voit aujourd'huy la plupart d'iceulx practiquer avec tels empoisonneurs, les approuver et soubstenir, caresser et saluer, plutôt qu'ils ne feraient avec un de leurs compaignons, docteur et gradué comme eux.

*Pléthore médicale.* — Davantage la plupart des dictes Facultés ont par ci devant faict et passé plusieurs gradués en toutes sciences indifféremment soubs la cheminée, sans avoir égard à la capacité, à la vie ne aux mœurs, baillé et délivré lettres signées et sceaux tant à cogneus qu'à incogneus, les attestans tous suffisants et capables, gens de bien et de bonne vie, à la charge toutefois que, tacitement, ils se retireront hors du pays où ils auront été ainsi gradués, comme à Bologne, Louvain, Padoue, Turin, Orléans, Angers, Caen, Nantes, Poitiers, Avignon, Montpellier où il y a grande et petite licence, scavoir la petite pour de l'argent en baillant lettres, la grande pour la capacité en payant les frais à ce requis et accoutumés.

*Abus de la spécialisation.* — « Bref il y a pour le jourd'hui autant de sortes de médecins qu'il y a de maladies ou de parties du corps humain, les uns pour les yeux, les autres pour les dents, pour les fièvres, pour les teignes, pour les chancres et pour la vérole, pour les gouttes, pour la pierre ou le calcul, pour les hémorrhoïdes, fractures, luxations et restaurations.

*L'exercice illégal de la médecine par les apothi-*

(1) Circulateur, du latin : *circulator* de *cirumeo*, je circonviens, je trompe. Ce mot ne figure plus dans nos dictionnaires contemporains; Littré lui donne le sens de partisan de la circulation du sang. Il cite à l'appui un exemple emprunté au *Malade imaginaire* de Molière (acte II, scène VI). Thomas Diafoirus dit : *J'ai contre les circulateurs soutenu une thèse*, etc. Il y a vraisemblablement là un de ces mots à double entente, un jeu de mots comme notre grand comique en a mis dans la bouche de personnages qu'il veut ridiculiser : Trisotin des *Femmes savantes*, le docteur dans la *Jalousie du Barbouillé*.

(2) Passer les piques. « On dit qu'un homme a passé les piques lorsqu'il s'est trouvé en plusieurs occasions pleines de risques. » (FURETIÈRES, Dictionnaire de la langue française).

## VARIÉTÉS *(Suite)*

*caires.* — « En suit une autre manière d'abuseurs de longtemps introduits ès République. Nous les appelons vulgairement en France épiciers, grossiers ou droguistes, lesquels mettent aussi en avant qu'ils connaissent mieux les drogues et ingrédients que les dicts médecins et apothicaires et pour ce qui est permis de les vendre et distribuer qu'ils les peuvent bien aussi brouiller et mettre en œuvre par lesquels moyens ont trouvé occasion de se distraire de la médecine rationnelle pour suivre les empoisonneurs et empiriques et faire la médecine à leur fantaisie, car il ne leur suffit pas seulement de bailler des clystères, des bolus, breuvages, pilules, cataplasmes, huiles, emplastres sans ordonnance du médecin, mais font composer en leurs maisons toutes sortes de médicaments à la douzaine, en bloc et en tâche et les vendent aux pauvres apothicaires des villes et des villages qui n'ont moyens d'avoir des drogues, qui ne scavent ou ne veulent prendre la peine de les mettre en œuvre sans visitation, permission ou licence.

*Rôle des sages-femmes et gardes.* — « Cette secte est encore composée d'une multitude de mauvaises femmes, éhontées et impudentes menteuses qui règnent aujourd'huy et ont cours partout, lesquelles se font appeler gardes-malades, se couvrent du titre de sages-femmes et de matrones, lesquelles ordinairement sont appelées pour juger de la maladie et pour prendre leur conseil et advis, scavoir si l'on doit aller au médecin, s'il en est besoin selon leur récit quel médecin, chirurgien ou apothicaire il faut appeler et consulter à leur jugement, quel est le plus docte, suffisant et expérimenté, et sont ordinairement telles avant-courrières de quelque gros âne de médecin avaricieux et ambitieux ligué avec des apothicaires et se trouvera le plus souvent que telles femmes sont sorcières et empoisonneuses ; et des chirurgiens de mesme pour lui faire avoir bon bruit et mépriser les bons ; et pour montrer à leur arrivée qu'elles sont bien entendues incontinent elles vous manient les pauvres patients haut et bas, dessus et desoubs, de costé et d'autre et font accroire par leurs subtiles divinations et menteries ce qu'elles veulent de la teste, du cœur, des poulmons, du foie, de la cervelle, des reins, des intestins, de l'amaris (1), de la vessie et des autres parties occultes et intérieures, puis des lignes du front, de la main, disent les bonnes aventures, se vantent de relever la poitrine contre toute vérité, car le cartilage scutiforme semblable à une petite pomme de grenade que le vulgaire appelle poitrine ou fourchette est bien attaché à l'os du sternum et n'a garde de tomber. »

(1) L'amaris ou amarys, la matrice.

*La faute des ecclésiastiques.* — Je ne mentionne ce chapitre de Du Breil que parce qu'il explique en partie et justifie dans une certaine mesure l'unanime animosité que, quelle que soit l'orthodoxie de leurs sentiments religieux, les médecins des XVI^e et XVII^e siècles manifestent contre les moines et les prêtres.

Écoutons ce que dit à ce sujet notre Angevin pourtant peu suspect d'anticléricalisme :

« *En tous négoces ou affaires, il y a toujours un prebstre, un moyne ou une femme qui, au lieu de faire leurs estats ou vocations soubs prétexte de religion, piété et dévotion ou de quelque œuvre charitable, troublent tout l'univers quand ils s'appliquent à mal faire.* »

Et à l'appui de son dire, l'auteur cite le fait d'un moine de l'abbaye de Toudssaints près d'Angers qui, croyant ouvrir un phlegmon amygdalien à une femme, lésa sans doute la carotide interne, car son intervention détermina une hémorragie rapidement mortelle.

Il signale encore dans cette catégorie le curé d'Angueille au pays de Caux en Normandie et un prêtre de Saint-Nicolas des Champs à Paris, « bien connu à Rouen et qui est encore le plus impudent et hardy abuseur de tous. C'est un certain gros âne qui, nonobstant les deffenses faites par Messieurs de la Justice, contrairement, non seulement aux lois et ordonnances d'icelle, mais irrévérencieusement contre celles de nostre Divin Sauveur et Maître, frotte et médicine les vérolez... »

*Les remèdes que proposait du Breil.* — Je ne citerai que par curiosité sa proposition d'imiter le geste de Caton à Rome et de chasser tous les médecins de la République pour ne rappeler ensuite que les bons, et celle encore moins de mise aujourd'huy de brûler tous les abuseurs, sorciers, etc.

Nous n'en retiendrons qu'un seul en priant le lecteur de vouloir bien méditer les arguments du médecin de Rouen, arguments qui n'ont rien perdu de leur valeur après trois siècles et demi.

« Si toutefois les médecins ont jugé et décidé les causes et faict droit au peuple, comme refère Cassiodorus, ancien autheur, pourquoi ne leur sera permis la cognoissance et reglement de ce qui concerne leur estat. S'ils eussent fait comme les tanneurs et drappiers et n'avoir souffert la cognoissance de leur art et estat estre commise et transférée à autres, traictée par procureurs et advocats, dereiglée plutôt que reiglée par juges, lesquels soubs correction y entendent moins qu'au fait des dicts tanneurs et drappiers, nous ne nous fussions pas veus en telle confusion, mépris, contemnement et dérision. Et si nous continuons encore à nous entre-déchirer, accuser et blasmer, reprendre et convictier les uns les autres, comme

nous en avons accoutumé, nous retirant par devers les Supérieures Facultés pour nous policer et nous mettre d'accord, nous aurons bien pis encore...

« Les marchands en leurs traffiques ont été mieux avisés que les médecins en leurs doses, prises, formules et charactères. Car sur une simple requeste soubs forme de remontrance au Roy et à son Conseil, faisans entendre que les procureurs, advocats et juges n'entendaient rien à leurs faciendes, marques ou signatures, ont facilement obtenu puissance d'establir et d'ériger de nouveau des prieurs consuls et retenir la cognoissance de leurs différends pour en décider entre eux et par ce moyen se sont acquis ce bien que les dicts médecins avaient eu de toute ancienneté, de droit divin et humain. »

*La faute des malades.* — Que dire là-dessus, sinon que depuis ces temps reculés la mentalité des malades n'a subi aucune modification et leur éducation est encore à faire ?

### Conclusions.

A travers les réticences, les omissions, les erreurs d'interprétation de l'auteur de *la Police de l'art et science de médecine*, essayons de démêler les causes du malaise de notre profession à la fin du XVI^e^ siècle.

Les causes profondes du mal, nous devons les chercher :

1° Dans la rivalité des deux Facultés de Paris et Montpellier ;

2° Dans l'antagonisme des deux pouvoirs, premiers médecins du Roi issus presque toujours de la Faculté de Montpellier et doyens de la Faculté de médecine de Paris ;

3° Dans l'hostilité systématique de la Faculté de médecine de Paris envers les nouveautés thérapeutiques et surtout envers les médicaments chimiques, en particulier envers l'antimoine.

L'ancienne Faculté de Paris, c'est-à-dire l'ensemble des praticiens parisiens, a en cette affaire la plus lourde responsabilité. Ce ne sont pas les magistrats qui ont voulu mettre la main sur la médecine. C'est bien la processive Faculté de Paris qui causa tout le mal, introduisant les messieurs de la Justice, comme dit du Breil, jusque dans des questions professionnelles, voire même des questions scientifiques.

A une époque où les juges ne relevaient pas seulement de leur conscience, mais avaient aussi une responsabilité effective pour les erreurs judiciaires, on les voit mal rechercher de gaieté de cœur des occasions d'ennui et de sérieux désagréments. Je n'en veux pour preuve que la mésaventure arrivée à plusieurs conseillers du Parlement de Rouen. Ces magistrats, vers 1624, avaient condamné pour meurtre trois jeunes gens de la ville. Les infortunés furent exécutés. Or, à quelque temps de là, on découvrit les vrais coupables et l'innocence des trois malheureuses victimes fut bien établie. Les conseillers furent révoqués de leurs fonctions, condamnés à une forte amende en plus de l'indemnité considérable qu'ils durent payer aux familles. Le greffier lui-même fut poursuivi et subit un ignominieux châtiment (1).

Il n'est peut-être pas mauvais de rappeler, de temps à autre, à qui de droit ces mœurs d'ancien régime, quand on voit des magistrats faire si bon marché des rapports d'experts, dédaigner leurs conclusions et se montrer à la fois si sévères pour des médecins plus malheureux que coupables et si indulgents pour de vulgaires charlatans.

Je ne voudrais pas abuser de la patience du lecteur, mais je ne puis faire autrement que de dire quelques mots de cette question à l'ordre du jour, la dichotomie. On aurait tort de croire que la dichotomie est une institution récemment introduite dans les mœurs médicales. Bien avant la Révolution, quand les chirurgiens n'étaient pas ce qu'ils sont aujourd'hui, ils faisaient des remises aux médecins sur les opérations, saignée comprise, qu'ils pratiquaient, et en ce temps Fleurant vivait en symbiose avec Diafoirus et Purgon. Je ne veux pas excuser par là cette pratique. Tout abus d'une partie a pour correctif un abus de l'autre partie. Aussi dirai-je à ceux qui seraient tentés de la justifier : Méfiez-vous. Vos clients savent parfaitement à quoi s'en tenir sur ce sujet. Votre malade ira sans vous consulter trouver de lui-même l'oculiste, par exemple, et alors par contre-coup, pauvre confrère, qui trouvez la dichotomie si légitime, vous éprouverez de cela un autre inconvénient. Supposons que le spécialiste ait constaté chez le malade une cataracte diabétique au début. Le malade demandera à cet oculiste un traitement général. Gardez-vous bien de croire que ce confrère va vous le renvoyer. Ce serait bien mal connaître les faiblesses inhérentes à la nature de l'espèce *homo* en général et au genre *medicus* en particulier. Estimez-vous heureux, confrère, si, lui ayant adressé votre client, le spécialiste ne se comporte pas de même. Par intérêt bien compris, on doit donc se montrer hostile à la dichotomie, c'est-à-dire à toute ristourne sur une intervention pratiquée par un spécialiste sur les conseils d'un médecin et à laquelle ce médecin n'a pas pris une part active.

(1) NICÉTAS PERIAUX, Histoire sommaire de la ville de Rouen. Rouen, 1874.

## VARIÉTÉS *(Suite)*

Quel remède au malaise actuel ? Mon Dieu ! je n'en vois guère de meilleur que celui que proposait, il y a trois cent cinquante ans, André du Breil : la Chambre des médecins analogue aux Chambres de notaires ou d'avoués, ou l'Ordre des médecins sur le modèle de l'Ordre des avocats. Le syndicalisme n'est qu'un palliatif insuffisant, pour deux raisons : la première est que fait partie qui veut d'un syndicat, la seconde est que le syndicat n'est pas armé contre les délinquants. Quelques confrères que les mots effrayent plus que les choses ont proposé le syndicat obligatoire. Qu'est-ce que le syndicat obligatoire, sinon la chambre ou l'Ordre des médecins ? De toute manière il faudra bientôt y arriver.

Dr H. Gros.

---

### LA MALADIE DE HENRI HEINE

Heine aimait tant à sortir le soir, et si peu à rentrer seul, qu'il finit par se trouver, sinon un beau matin, certain matin, en symbiose avec le pâle tréponème. Dès lors, celui-ci, réglant l'histoire pathologique du poète, y donne un tour décidé, qui évolue vers le tabes, pour aboutir à la cachexie. Tout cela, nous le savons un peu plus précisément que Heine lui-même, et d'ailleurs que ses médecins, qu'il a raillés doucement. Le Dr H. Bastard l'a exposé récemment, avec un certain luxe de détails et de considérations, en une étude médicale qui, sur un sujet littéraire, montre quelque velléité de retenue ; à quoi l'on ne saurait demeurer insensible. Ainsi avons-nous goûté une réflexion en passant sur le souvenir tenace que gardait Heine d'une belle fille de Hambourg, dont il aurait, vers la vingtième année, reçu le mal qui devait le tuer. C'est peut-être pourquoi un obscur instinct l'empêchait de l'oublier, dit à peu près M. Bastard. S'il a parlé sérieusement, je l'approuverais, persuadé qu'il y a plus de choses entre le ciel et la terre que n'en contiennent les traités de médecine. Entre parenthèses, c'est une notion profonde de cet horizon humain à la fois et individuel de la maladie, qui donne tant de prix et d'originalité aux idées de M. Andler sur la maladie de Nietzsche, dans le grand ouvrage qu'il a consacré au philosophe. Le périlleux serait d'assigner au tabes la part qu'il aurait aux ouvrages de Heine. Qu'eût été le poète, non ataxique? Si nous posons la question, c'est que M. Bastard, ayant d'abord reconnu en Heine « un malade de talent », le consacre en terminant « poète de l'ataxie » ! Eh bien, notre question est une des quelque cent mille qu'un indiscret un peu étourdi s'aviserait sans doute de poser à la Providence, au cours d'*Une heure avec*. La réalité, également solide et fuyante, des événements historiques n'est pas réversible. Mais enfin, c'est avant de devenir ataxique que Heine, non seulement était formé intellectuellement, mais s'était révélé grand poète. Soyons modérés dans notre gratitude envers le tabes.

On entend dire parfois, non sans éprouver de la peine, que Henri était un *psychasthénique*. Il se peut bien, et avec les psychiatres, comme avec absolument tout le monde, il n'est que de s'entendre. Au moins est-il certain que cet homme de tant d'esprit était aussi très émotif, trop sensible, un peu instable. Comme tous les poètes. La sérénité de Gœthe? En tant que disposition morale intime, ce n'est probablement qu'un cliché. « Il est possible que les génies soient fous ; mais qu'est-ce donc que l'humanité, puisque les autres hommes sont des imbéciles? » disait fortement Oscar Wilde. En outre, s'il y a bien des émotifs, tabétiques ou non, ils n'écrivent pas l'*Intermezzo*, ou rien d'approchant. Mais le philosophe n'est point fâché de savoir de quoi souffrait Heine en son corps, et de vérifier une fois de plus que les dons de l'esprit s'expient communément en tortures. Henri Heine enfin a montré une telle supériorité de talent qu'il ne faut pas négliger de rappeler qu'il était de race juive. Talent si prestigieux que seul il pourrait faire hésiter parfois à affirmer que c'était simplement du génie.

E. Lacoste.



# LA MÉDECINE AU PALAIS

## RESPONSABILITÉ ET ACCOUCHEMENT

Nous avons vu, à maintes reprises, que les tribunaux, suivant une jurisprudence constante, se refusent à prendre parti dans les discussions de méthodes médicales ; et toutes les fois que des plaideurs ont prétendu établir la responsabilité d'un médecin ou d'un chirurgien en se fondant sur des doctrines qui sont encore discutées, les tribunaux n'ont pas admis que le fait par un médecin de ne pas appliquer des théories récentes ou des méthodes encore contestées pût lui être reproché. Toutes les fois que la demande en responsabilité n'est fondée que sur des questions scientifiques, les tribunaux ne retiennent la responsabilité des médecins que s'il y a de sa part faute évidente ou imprudence caractérisée.

Dernièrement, la première Chambre du tribunal de la Seine avait à juger une question très délicate : il s'agissait de savoir si, quand, à la suite d'une opération césarienne, suivie d'une transfusion sanguine, la malade est décédée, la responsabilité des médecins est engagée, bien que les parents de la victime ne puissent établir l'existence d'une faute positive, d'une négligence ou d'un acte quelconque constituant une imprudence ou une inobservation des règles généralement suivies.

Le 24 juillet 1929, le Dr Bouffe de Saint-Blaise rendait visite à Mme d'Erceville, qui était au terme de sa huitième grossesse. Il constatait alors que l'enfant se présentait de façon anormale et qu'une opération césarienne s'imposait. Le Dr Bouffe de Saint-Blaise fit part de ses craintes et de son diagnostic à la malade et à M. d'Erceville qui furent d'accord pour transporter Mme d'Erceville à l'Hôpital américain de Neuilly. Le même jour, vers cinq heures, l'opération césarienne fut pratiquée et une petite fille vivante naquit.

Mme d'Erceville fut ranimée au moyen d'injections de sérum, et la malade donnait une si excellente apparence que son médecin et son mari quittèrent l'hôpital quelques minutes avant sept heures.

Vers huit heures, le mari revenu put parler avec sa femme, et l'état de celle-ci paraissait normal, quand, brusquement, la malade fut prise de faiblesse. Aussitôt, le Dr Bouffe de Saint-Blaise fut appelé par téléphone et il ordonna de pratiquer une transfusion sanguine.

## LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

L'Hôpital américain appela un spécialiste réputé, le Dr Jubé ; malheureusement, celui-ci était absent, et la direction de l'hôpital fit appel au concours du Dr Tzanck qui arriva à 10 heures et demie du soir avec le donneur de sang, le Dr Paris. A 11 heures du soir l'opération de la transfusion était terminée ; une demi-heure après, Mme d'Erceville mourait.

Aussitôt, M. d'Erceville assigna à la fois le Dr Bouffe de Saint-Blaise, le Dr Tzanck et l'Hôpital américain, prétendant que la mort eût pu être évitée si les médecins n'avaient pas commis de négligence regrettable. Il réclamait pour lui-même 1 franc de dommages-intérêts, et un million 50 000 francs pour ses sept enfants.

La question se posait clairement devant le tribunal à propos de cette demande de responsabilité : le demandeur, en effet, ne reprochait au médecin et à l'hôpital aucun acte d'impéritie professionnelle, mais il critiquait la mauvaise organisation de l'hôpital ; il reprochait au médecin d'avoir négligé la malade et de n'avoir pas prévu les conséquences de la transfusion du sang.

Il prétendait que, dès le matin, le Dr Bouffe de Saint-Blaise lui avait parlé de l'éventualité d'une transfusion sanguine, et il en concluait que le médecin aurait dû prévoir cette opération avant même de pratiquer l'opération césarienne.

Il reprochait également au médecin de n'être revenu à l'hôpital qu'à 11 heures du soir, alors qu'on l'avait averti à 8 heures, soit trois heures avant, de l'état de faiblesse de la malade. Le médecin, disait M. d'Erceville, devait savoir qu'une transfusion du sang ne comporte aucun délai, qu'on doit l'effectuer de toute urgence, puisque l'opportunité de cette opération est une question de minutes et non d'heures.

Le tribunal, devant ces affirmations, se trouvait donc en face de deux questions à trancher pour statuer sur la responsabilité :

Il devait tout d'abord rechercher si la cause de la mort peut être déterminée avec certitude ; il devait ensuite apprécier si l'opération césarienne comporte d'habitude la prévision de la transfusion sanguine.

Sur le premier point, aucune constatation n'ayant été faite après la mort, le tribunal a estimé qu'il n'était pas possible d'affirmer que la malade eût succombé à une hémorragie plutôt qu'à un choc opératoire. Le défaut de constata-

## LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

tions rendait impossible de dire avec certitude que la transfusion du sang, si elle avait été opérée immédiatement, eût sauvé la malade.

M. d'Ercevillle, en effet, fondait toute son argumentation sur l'hypothèse d'une hémorragie consécutive à une opération particulièrement sanglante ; or, les médecins poursuivis niaient énergiquement l'existence de cette hémorragie, et beaucoup d'autres hypothèses pouvaient être envisagées avec la même chance de probabilité.

Les défendeurs apportaient en effet au tribunal des attestations de chirurgiens éminents affirmant que l'opération césarienne n'entraîne pas une perte de sang exceptionnelle et que, en conséquence, il n'est pas indispensable de prévoir comme conséquence de cette opération la nécessité d'une transfusion sanguine.

En conséquence, et conformément aux avis fournis par plusieurs professeurs, le tribunal a estimé que le choc opératoire suffisait pour expliquer le décès, car l'injection de sérum physiologique effectuée après l'opération n'avait conjuré que momentanément la dépression profonde de la malade, dépression qui est la conséquence inévitable de toute opération grave.

*(A suivre.)*

Adrien Peytel,
*Avocat à la Cour d'appel.*

## ECHOS

### LE IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PSYCHOTHÉRAPIE

Lundi 28 septembre, dans la salle des Sociétés savantes, avait lieu sous la présidence de M. Levêque, chef du cabinet du ministre de la Santé publique, remplaçant M. le ministre Blaisot, la séance d'ouverture du IIIe Congrès international de psychothérapie, d'hypnologie et de psychologie appliquée que préside M. Bérillon.

Cette réunion fut ouverte par une allocution de M. Bérillon, qui dans une conférence illustrée de nombreuses projections, fit un intéressant exposé de l'histoire de la psychothérapie, retraçant notamment l'œuvre des grands maîtres de l'hypnotisme et, en particulier, celle de Braid, de Liébault, de Charcot, de Dumontpallier et de Charles Richet.

M. Pierre Vachet, qui prit ensuite la parole, fit un intéressant exposé du rôle et des buts du Congrès dont l'objet est, notamment, la mise au point de l'hypnotisme thérapeutique et de la psychothérapie.

Après deux allocutions de MM. Paul Farez et Henri Rollet, prenant à son tour la parole, M. Levêque, exposa les regrets de M. le ministre Blaisot de n'avoir pu venir présider cette réunion du Congrès de psychothérapie.

# REVUE DES CONGRÈS

## VIe CONGRÈS INT RNATIONAL DES ACCIDENTS ET DES MALADIES DU TRAVAIL

*Genève, 3-9 août 1931.*

*SECTION A. — ACCIDENTS*

### Influence de l'état antérieur dans les suites des accidents et maladies du travail.

*Lorsqu'un ouvrier est blessé au cours de son travail (ou est atteint d'une maladie professionnelle), les conséquences de la blessure peuvent être aggravées du fait d'un état pathologique antérieur à l'accident, et sans rapport avec le travail. La question se pose de savoir comment on peut apprécier respectivement les deux facteurs et comment on doit indemniser l'ouvrier. On sait que la loi française sur les accidents de travail, loi forfaitaire, indemnise toutes les conséquences de l'accident, sans admettre de restrictions du fait d'un état pathologique antérieur.*

Rapport du Dr POMETTA (Suisse).

Du point de vue médical, il est désirable que l'on tienne loyalement compte, par une réduction des prestations, de l'état antérieur du sinistré, lorsqu'il aggrave les suites d'un accident. On ne fait ainsi qu'agir équitablement et respecter la vérité clinique.

La réduction pour état antérieur ne doit porter que sur les prestations en argent. Les frais de traitement de la lésion traumatique restent par contre entièrement à la charge de l'assurance-accident.

La réduction des prestations en espèces peut être appliquée soit sur le montant de la somme à verser — réduction verticale, — soit sur la durée des prestations — réduction horizontale, — soit encore sur les deux ensemble, suivant les effets dus à l'état antérieur.

Une vague prédisposition à une maladie ne doit pas être considérée comme état antérieur autorisant une réduction. Il n'est pas nécessaire que l'état antérieur soit déjà en évolution active ou manifeste au moment de l'accident. Il peut se développera près, mais doit avoir aggravé les suites de l'accident, soit : retardé ou rendu plus difficile la guérison, nécessité un ou des traitements spéciaux, laissé à lui seul une invalidité ou augmenté le degré de celle-ci, causé ou précipité la mort.

Une réduction n'est pas justifiée lorsque l'état antérieur a été la cause de l'accident, mais n'en a pas aggravé les suites.

La réduction des prestations en espèces faite au sinistré par suite de son état antérieur ne devrait pas être supportée — ou tout au moins pas entièrement — par le blessé, mais mise à la charge soit des caisses-maladie, soit d'autres assurances spéciales dont il faudrait encourager le développement.

Les dispositions suivantes de l'article 91 de la loi suisse : « Les prestations en argent de la Caisse nationale subissent une réduction proportionnelle si la maladie, l'invalidité ou la mort ne sont qu'en partie l'effet d'un accident assuré », tiennent suffisamment compte de toutes les circonstances et peuvent servir de base légale.

Rapport du Dr MOLINEUS (Allemagne).

L'importance du rôle souvent aggravant d'un état pathologique antérieur dans les suites d'accident, la déficience fréquente de la capacité réelle de travail des sinistrés rendent nécessaire qu'une disposition légale permette de reconnaître une réduction antérieure du gain annuel qui sert de base au calcul d'invalidité. Cette disposition existe déjà pour les ouvriers agricoles, elle devrait exister pour les ouvriers industriels.

Si ce n'était pas possible, il faudrait, dans les cas où l'état antérieur aurait agi par aggravation, tenir compte de ce fait pour diminuer le taux d'incapacité.

La réduction due à un tel état maladif antérieur doit porter uniquement sur le gain antérieur et sur la rente, et non sur les prestations thérapeutiques.

Cette réduction sera calculée selon une échelle lentement progressive, mais elle tiendra compte de la diminution de gain annuel et éventuellement du rôle aggravant de l'état antérieur sur les suites de l'accident.

Les maladies dites professionnelles assimilées aux accidents par l'assurance seront régies par les mêmes principes.

Rapport du Dr TOVO (Italie).

L'auteur rappelle les législations des différents pays et montre que le rôle des causes concomitantes est généralement laissé à l'appréciation du magistrat, et non codifié.

On peut distinguer parmi les « états antérieurs » d'une part les causes concomitantes des lésions, d'autre part les causes qui concourent à l'invalidité.

Lorsqu'on exclut les facteurs constitutionnels non morbides, on est amené à considérer :

1° *Des altérations à caractère statique*, qui comprennent :

*a.* les anomalies anatomiques ;

*b.* les particularités constitutionnelles pathologiques ;

*c.* les processus morbides antérieurs ;

*d.* les processus morbides latents.

2° *Des altérations à caractère évolutif*, qui comprennent :

*a.* les processus morbides en cours, aggravant l'évolution de la lésion ;

*b.* les processus morbides aggravés par la lésion : le traumatisme peut être soit révélateur, soit accélérateur d'un état préexistant.

L'auteur estime que la meilleure solution légale, harmonisant le jugement médical avec les opinions juridiques, est celle contenue dans l'article 91 de la loi suisse sur les accidents de travail. Pour ce qui est des maladies professionnelles, il estime que la solution la meilleure dans le problème concernant l'évaluation, est le principe de la réparation proportionnelle contenu dans ce même article.

L'influence de l'état antérieur doit être en général admis plus largement pour les maladies que pour les accidents du travail. Il faut en rechercher les symptômes dans tout l'organisme par un examen systématique.

DISCUSSION.

M. KAUFMANN (Zurich) précise certaines dispositions de la loi allemande dont M. Molineus n'a pas parlé, en particulier ce qui concerne la substitution des caisses d'assurance-accident aux caisses de secours-maladie au bout d'un certain temps. Pour M. Kaufmann, l'article 91 de la loi suisse, qui a donné toute satisfaction, ne doit pas être modifié.

En Suisse, c'est le tribunal fédéral qui intervient pour

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

constater en quelle mesure un état antérieur (tuberculose, alcoolisme) intervient pour modifier les conséquences des accidents.

M. Miller (New-York) distingue deux catégories dans les états antérieurs : ou bien la maladie antérieure est définitivement guérie et il n'y a pas à en tenir compte ; ou bien la maladie antérieure peut éventuellement entraîner de nouveaux symptômes à l'avenir. En ce cas, l'ouvrier doit bénéficier du doute et obtenir un pourcentage plus élevé.

M. Daniel (Marseille) estime au contraire que l'on n'a le droit de faire intervenir l'état antérieur que lorsqu'on peut l'apprécier d'une façon précise, sans rester dans le doute. Il faut tenir compte de la façon dont l'ouvrier travaillait auparavant, et le montant de ses salaires renseigne. Il faut en outre tenir compte de l'état psychique des blessés, dont les uns montrent beaucoup de bonne volonté à guérir, tandis que d'autres sont atteints de sinistrose.

Lorsqu'il s'agit de plaies infectées, on pratiquera des immuno-réactions pour savoir comment réagissait le blessé.

Pratiquement, on ne tiendra que rarement compte de l'état antérieur, parce qu'on manque de possibilité technique.

L'auteur montre en outre l'importance des assurances sociales : on doit associer les caisses-accidents et les caisses-maladies.

M. Strauss (Nuremberg). — L'accident interrompt la routine ouvrière. L'adaptation à l'invalidité est d'autant plus difficile que l'ouvrier est plus vieux. Il faut donc tenir compte de l'âge dans les évaluations.

M. Biondi. — On évoque souvent l'influence aggravante d'un traumatisme sur une tuberculose. Il est essentiel de prouver dans chaque cas particulier qu'il y a eu un traumatisme réel. En principe, le traumatisme d'un organe déjà malade se traduit par une symptomatologie nette, qu'il s'agisse d'un trauma thoracique chez un tuberculeux pulmonaire ou d'un trauma portant sur une tumeur blanche au début. On ne peut donc admettre que l'ouvrier n'ait pas fait immédiatement constater le traumatisme.

## Communications.

**L'état antérieur et les accidents de travail.** — M. Domenichini.

On devrait tenir compte du dommage provoqué par l'état antérieur lors de la liquidation de l'indemnité.

**Etat antérieur et tremblement parkinsonnien.** — M. Turlais (Angers).

Il existe un parkinson traumatique indiscutable ; mais des enquêtes précises sont nécessaires et permettent souvent de retrouver un parkinson fruste antérieur à l'accident.

**Evaluation des causes concomitantes dans les invalidités dues aux accidents de travail.** — M. Prosperi (Florence).

La jurisprudence ne tenant pas compte de l'état antérieur, certains industriels se défendent en organisant une visite médicale lors de l'embauchage. Ainsi, la jurisprudence risque de pousser au chômage.

Il n'est pas juste de forcer les industriels à indemniser identiquement un accidenté, qu'il fût auparavant sain ou malade.

Puisque l'on ne peut faire adopter de loi analogue à la loi suisse, l'auteur propose une sorte de caisse de compensation (analogue à celle fonctionnant en France pour les blessés de guerre).

**Le facteur salaire dans l'évaluation des invalidités successives.** — M. de Laet (Bruxelles).

Lorsqu'un ouvrier, victime antérieurement d'un accident, est atteint d'un second accident, le taux $T_2$ de l'incapacité seconde est égale au taux intégral de l'ouvrier T. diminué du taux de la première incapacité $T_1$, c'est-à-dire $T_2 = T - T_1$ Cette formule doit être remplacée par une autre plus compliquée, donnée par Balthazard, lorsque des accidents successifs frappent des organes synergiques.

On considère, dans ces formules, qu'après l'accident entraînant une invalidité permanente l'ouvrier touche un salaire diminué proportionnellement à cette invalidité. Or, il n'en est pas toujours ainsi : très souvent l'ouvrier conserve son salaire intact, alors que d'autres fois il perd de son salaire primitif un pourcentage supérieur à celui fixé pour son invalidité.

Aussi l'auteur propose-t-il de faire intervenir la différence réelle de salaire dans le calcul de l'invalidité seconde en introduisant dans la formule le rapport du salaire antérieur au premier accident $S_1$ au salaire contemporain du second S, soit :

$$T_2 = (T - T_1)\,\frac{S}{S_1}.$$

Ce coefficient ne décourage pas les efforts de réadaptation : si l'ouvrier, au moment du second accident, s'était réadapté, $T_1$ a diminué, donc $T_2$ augmente et l'invalidité proportionnellement.

**Sur l'évaluation des dommages provoqués par des causes secondaires.** — M. Diez (Rome).

Décider s'il faut ou non tenir compte des causes secondaires dans la réparation des dommages provenant d'accident, est une question essentiellement juridique. La loi italienne prescrit que l'on répond entièrement du préjudice causé à un tiers même si des causes secondaires ont contribué à provoquer le dommage. Il n'est donc pas question d'accepter les dispositions de l'article 91 de la loi suisse.

L'évaluation du dommage causé doit être calculée sans tenir compte des lésions ou des invalidités antérieures, et l'indemnité ne peut être calculée que sur le salaire touché par l'ouvrier au moment de l'accident, puisqu'il correspond théoriquement au rendement de l'ouvrier.

## Les lésions traumatiques des vaisseaux sanguins (artérites et thrombo-phlébites).

Rapport du professeur Imbert (Marseille) : **Les phlébites traumatiques.**

La phlébite est presque constante dans les traumatismes : dans tout foyer de contusion existent des veines thrombosées, mais ces phlébites localisées au foyer, sans tendance à l'extension, sont cliniquement inexistantes.

Dans un assez grand nombre de cas, la phlébite prend

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

un peu plus d'extension et gagne la région avoisinante. Ce sont ces formes que l'auteur qualifie de microphlébites. Parfois reconnues cliniquement, elles passent généralement inaperçues, noyées dans le gonflement inflammatoire : elles ne modifient pas sensiblement la circulation du membre blessé.

La vraie phlébite enfin — parfois méconnue — atteint le système veineux principal du membre et se traduit par un œdème qui s'étend bien au delà du foyer traumatique ; c'est elle qui peut laisser des troubles fonctionnels et parfois menacer l'existence par l'embolie pulmonaire.

Toute lésion accidentelle peut produire une phlébite, depuis la fracture ouverte jusqu'à la *simple* contusion, sans atteinte aucune du revêtement cutané. L'auteur divise les cas observés en deux catégories principales : phlébites avec fractures ; phlébites sans fractures.

Leur fréquence est à peu près égale ; les chirurgiens observent surtout les cas s'accompagnant de fracture. Chez les fracturés de jambe, la phlébite s'observerait dans une proportion de 5 p. 100 environ.

Le syndrome phlébite n'est point limité au système veineux : on trouve de la lymphangite et les interventions opératoires — d'ailleurs rares — montrent que le système artériel est souvent atteint et même thrombosé. Enfin la participation du système nerveux, notamment du sympathique, est souvent manifeste. Au membre inférieur, la phlébite est relativement pure ; au membre supérieur, au contraire, elle se combine souvent avec les troubles physiopathiques observés pendant la guerre, et rattachés actuellement aux névrites sympathiques. Si la phlébite paraît rare au membre supérieur, c'est qu'elle est souvent masquée par les phénomènes nerveux.

Les suites des phlébites traumatiques sont graves au point de vue fonctionnel. Dans les cas à fracture de jambe, le taux moyen d'invalidité est de 50 p. 100, alors que le taux moyen d'une fracture seule ne dépasse guère 25 p. 100. Dans les cas de phlébite sans fracture, le taux moyen d'invalidité est de 25 p. 100.

Le traitement consiste en l'immobilisation ; l'auteur est quelquefois intervenu sur la veine principale : lorsqu'on ne trouve pas la lésion veineuse, la sympathectomie paraît indiquée.

Rapport du Dr Cottalorda (Marseille) : **La thrombophlébite par effort.**

L'auteur s'attache d'abord à montrer que la notion d'effort est bien réellement à l'origine de ces thrombophlébites, qu'il s'agisse d'un effort violent ou d'efforts professionnels chroniquement répétés chez des sujets particulièrement vigoureux.

Au point de vue clinique, outre les notions classiques actuellement bien connues, il faut attacher une grande importance aux troubles de la tension artérielle qui, dans certains cas, accompagnent la thrombo-phlébite par effort et semblent devoir se rattacher à des troubles vasculaires spasmodiques, d'origine sympathique, qui expliquent les troubles éloignés, souvent graves.

L'anatomie pathologique montre que tous les éléments du paquet vasculaire sont lésés, et d'autre part que le syndrome (dont l'élément essentiel et constant est l'œdème) peut ne pas être accompagné de thrombose veineuse.

L'auteur croit donc qu'à côté des théories traumatiques et infectieuses il y a une large place à réserver à une théorie sympathique.

La thérapeutique doit s'orienter, dans les cas dont la guérison spontanée n'est pas rapidement évidente, vers la phlébectomie suivie de sympathectomie péri-artérielle.

Rapport de M. Diez (Rome) : **Varices et travail.**

L'auteur estime que l'augmentation de la pression veineuse causée par l'effort n'est pas suffisante pour déterminer l'éclosion de varices. Il n'est pas possible d'admettre qu'un effort unique, même considérable, puisse provoquer les effets que l'on ne constate pas à la suite d'une hypertension, non seulement supérieure, mais permanente et répétée. Les varices se développent chez les individus à système valvulaire congénitalement lésé ou à élasticité et tonus des parois vasales altérés par une cause congénitale ou acquise.

Chez les enfants des écoles de Rome, l'auteur a constaté une proportion très élevée de varices : élément révélateur d'une maladie veineuse préexistante.

Discussion.

M. Daniel (Marseille). — A côté des thrombo-phlébites par traumatisme direct et des thrombo-phlébites par effort, existe une troisième variété : la *thrombophlébite par traction.* L'auteur cite le cas d'un homme qui, à la suite d'applications trop fortes (8 à 10 kilogrammes) d'extension continue fit une thrombo-phlébite très grave à répétition. Outre les traitements préconisés par Cattalorda, l'auteur propose la rœntgenthérapie des surrénales.

M. Guetig rappelle que Haim a récemment proposé dans les cas graves de thrombo-phlébite des extrémités inférieures de pratiquer une simple incision profonde suivie de drainage de la cuisse : les symptômes se modifient rapidement.

M. Duvoir (Paris) verse au débat plusieurs observations et rappelle en particulier un cas de M. Dervieux. Un livreur, descendant du toit de sa voiture, glisse, son bras gauche reste accroché à la galerie : cette dernière, située dans le creux de l'aisselle, fait pression sur la face interne du bras. Douleur vive et fièvre les jours suivants. Mort quinze jours plus tard. L'autopsie révéla un long caillot organisé de l'humérale, et dont l'extrémité se trouvait au niveau d'une déchirure partielle de la veine. La mort était due à des foyers de gangrène pulmonaire dont M. Duvoir discute la genèse.

M. Biondi (Sienne). — Il est possible que le traumatisme agisse sur le système sympathique.

## Communications.

**Les phlébites par effort.** — MM. Lenormant et Mondor (Paris).

Les thrombo-phlébites reconnaissent une origine infectieuse très fréquente. Les auteurs montrent que chaque fois (Grimault et Dantelo, cas de Lenormant examiné par Lecène, etc.) que l'on a opéré et examiné le caillot, on a trouvé des germes infectieux : strepto, staphylo, coli. Par conséquent, la thrombo-phlébite dite par effort est infectieuse.

**Phlébite à bascule des deux jambes, consécutive à un**

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

**traumatisme de la jambe gauche, compliquée d'artérite oblitérante à marche extensive. Gangrène des deux membres inférieurs et obstruction des mésentériques.** — MM. ETIENNE MARTIN et RAVAULT (Lyon).

Les auteurs ont observé un ouvrier de cinquante-sept ans, atteint au cours d'un accident de travail d'une rupture musculaire au mollet gauche avec phlébite consécutive qui laissa un œdème persistant et de l'incapacité permanente partielle. Un an après, phlébite du membre inférieur droit, puis signes de gangrène artéritique. Amputation. La thrombo-artérite se déclare alors à gauche, imposant l'amputation. Mort par thrombose des artères mésentériques.

L'examen histologique, comme l'histoire clinique, montre que la phlébite est primitive et les thromboses artérielles secondaires aux phlébites : l'infiltration de la mésartère se voit au contact des lésions les plus intenses de phlébite et de périphlébite.

**Thromboses veineuses traumatiques.** — M. ANGLESIO (Turin).

Deux cas de thrombose : l'une de la veine sous-clavière droite (l'auteur a pratiqué l'injection intraveineuse d'urosélectan), l'autre de la saphène gauche.

**Thrombo-phlébite traumatique de la sous-clavière droite.** — M. MIEGE (Ancône).

Un barman, au cours d'un mouvement brusque, ressentit une douleur à la partie supérieure du bras droit. Ensuite apparut la symptomatologie classique. Guérison en un mois avec invalidité permanente de 13 p. 100. L'auteur discute s'il faut admettre un accident de travail ou une maladie professionnelle.

**Anévrysmes traumatiques.** — M. BRUNI (Turin).

Discussion sur la dénomination, le diagnostic, le pronostic et le traitement des anévrysmes traumatiques.

**Rapport entre les angiomes musculaires et le traumatisme.** — M. BRUNI (Turin).

Généralement on considère l'angiome comme congénital, mais il est des cas où le traumatisme aggrave une affection prédisposante. Sur 4 cas, l'auteur élimine deux fois le trauma. Il retient les deux autres ; l'un serait apparu à la suite d'un trauma s'accompagnant d'ecchymose. Les années suivantes apparut une tumeur angiomateuse du volume d'une noix. L'autre, siégeant à la main, serait consécutif à la pression continue exercée par le malade.

**Thrombo-phlébite de la veine axillaire, due au travail.** — M. MARANGONI (Padoue).

L'auteur discute la possibilité d'infection latente, d'anomalie anatomique dans les rapports de la veine avec le ligament costo-coracoïdien et le muscle sous-clavier, le ralentissement de la circulation, la lésion de la veine ou des collatérales. Le facteur traumatique est trop souvent perdu de vue. Mais si l'on considère le nombre des ouvriers blessés et le nombre restreint des cas, on admet plutôt la coïncidence.

## Les résultats tardifs et l'accoutumance dans les lésions traumatiques du rachis.

Rapport de M. AKERMANN (Stockholm).

Ce rapport contient de très nombreuses statistiques dues à l'office d'État suédois pendant les années 1918-1927. Les traumatismes compliqués et partiels, ainsi que les morts immédiates sont exclus.

Les taux d'invalidités définitifs sont les suivants :

| Fractures : | Cervicales. | Dorsales. | Lombaires. | Total. |
|---|---|---|---|---|
| Nombre ..... | 15 | 24 | 37 | 76 |
| Taux moyen d'invalidité. | 44,6 % | 32,1 % | 45,6 % | 41,1 % |

Rapport de M. FAUQUEZ (Paris).

L'auteur étudie 350 observations, détaillées :

Dans 60 p. 100 l'I. P. P. ne dépasse pas 30 p. 100 ;

Dans 50 p. 100 l'I. P. P. ne dépasse pas 20 p. 100.

(Ces pourcentages s'entendent, éliminés les cas rapidement mortels qui peuvent atteindre 40 p. 100.)

En dépit de l'aide que la radiographie apporte, il est très difficile de prévoir l'évolution d'un traumatisme rachidien et d'en établir le pronostic immédiat ou tardif. Il n'y a aucun rapport entre la violence du traumatisme et la gravité des lésions. Il n'y a pas de rapport forcé entre le degré de gravité des lésions initiales et l'importance des séquelles définitives. Des fractures de plusieurs vertèbres se consolident en deux à trois mois sans séquelles, alors que la fracture isolée d'une apophyse transverse peut laisser une incapacité de 50 à 85 p. 100.

Même incertitude de pronostic en ce qui concerne les lésions médullaires. L'auteur étudie en détail les éléments du pronostic.

*Age.* — La réparation se fait plus vite chez les sujets jeunes que chez les gens âgés, où elle est troublée par l'ostéoporose.

*Etat local antérieur.* — Le rhumatisme chronique, la spondylose, la scoliose des mineurs aggravent le pronostic.

*L'état psychique* est considérable : les pusillanimes, les sinistrosés finissent par se fixer dans une attitude vicieuse dont la correction devient avec le temps de plus en plus difficile et douloureuse. Grimault suggère de leur laisser ignorer la véritable nature de leur lésion.

*Le siège* est important :

Cervical : Mortalité de 37 p. 100. Possibilité d'observer des luxations sans troubles médullaires, mais par contre déformations secondaires entraînant souvent des complications médullaires tardives très graves. Indépendamment d'elles, la raideur est fréquente, elle peut s'atténuer par accommodation grâce au déplacement en bloc du tronc tout entier. Même alors les pourcentages restent élevés, car les travaux de force restent interdits.

Dorsal : Mortalité 25 p. 100. La fréquence de la localisation sur $D_{11}$-$D_{12}$ rend le pronostic moins grave : bons résultats chez 50 p.100 des blessés. L'incapacité n'excède pas 25 p. 100.

Lombaire : C'est le siège le plus favorable au point de vue vital. Mais, contrairement à certaines statistiques, l'auteur constate chez la moitié de ces blessés des taux d'incapacité définitifs supérieurs à 50 p. 100.

*Fractures partielles.* — Les fractures des apophyses transverses sont les plus fréquentes (9 sur 100 des traumas rachidiens), surtout lombaires ; elles sont souvent multiples. Leur pronostic est très difficilement apprécié ; cela tient à la possibilité de névralgies persistantes.

L'état peut se modifier tardivement. En Allemagne on a raison de prévoir des revisions successives.

*En résumé*, il serait vain de chercher à dresser un tableau où serait fixé en regard de chacune des lésions,

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

un pourcentage probable d'invalidité définitive, car trop de facteurs entrent en jeu.

Rapport de M. MICHEL (Nancy).

La maladie de Kümmel est très rare, mais elle existe et peut succéder à des traumatismes faibles avec fracture méconnue. Les auteurs suisses et allemands insistent sur le fait que la lésion se développe parce que la fracture n'est pas traitée par l'immobilisation.

La spondylose tuberculeuse post-traumatique a été niée, elle est peut-être possible.

Le traitement immédiat par l'immobilisation est capital et il faut même prévoir des brancards spéciaux pour transporter les blessés.

Le traitement sanglant est parfois indiqué dans les premiers jours, il l'est moins souvent à une période tardive. Certains auteurs sont d'ailleurs très interventionnistes dans les fractures des apophyses transverses, surtout lorsqu'elles occasionnent des douleurs persistantes.

Rapport de M. MAGNUS (Bochum).

Ce rapport, fondé sur les 827 cas observés par l'auteur, montre tout d'abord que les paralysies n'ont pas nécessairement un mauvais pronostic, car sur 79 paralysies complètes, 4 ont présenté une régression totale et 7 ont presque guéri. L'auteur insiste sur le traitement : jamais personnellement il n'a eu à intervenir chirurgicalement sur la moelle épinière. Le traitement des cas simples consista en repos au lit pendant quatre semaines, avec massage en décubitus latéral et mécanothérapie prudente dès le début. Repos au lit moins sévère de deux semaines. Lever après six semaines et reprise du travail après seize semaines. La moitié des blessés n'ont plus d'invalidité au bout de six ans. L'auteur n'est partisan, ni de fixation, ni d'allégement, ni de réduction de la gibbosité. D'après lui, le corset serait, avec la lésion de la moelle épinière, la complication la plus grave des traumatismes du rachis.

### Séquelles nerveuses tardives des traumatismes du rachis.

Rapport de M. CROUZON (Paris).

Dans ce rapport très complet, l'auteur se borne à rappeler rapidement les faits connus depuis longtemps, pour au contraire insister longuement sur les notions nouvelles.

1° *Lésions anatomiques.* — L'auteur décrit la hernie du nucléus pulposus, récemment identifiée. Il rappelle que les sections complètes, anatomiques de la moelle sont rares : Guillain et Barré ne l'ont trouvé que quinze fois sur 138 autopsies ; mais que, par contre, une sclérose progressive peut se développer, réalisant à la longue une section physiologique complète.

L'auteur montre l'importance des petits foyers d'hématomyélie, auxquels on ne pense pas suffisamment ; ils peuvent aboutir à une myélomalacie tardive.

2° *Cliniquement.* — L'auteur discute la valeur respective des renseignements fournis par l'étude de la sensibilité et des différentes épreuves, et il rappelle à ce propos l'importance des travaux de l'école française avec Babinski et Sicard et de l'école américaine avec Stookey.

Les formes cliniques des lésions médullaires sont nombreuses. Outre le syndrome de Brown-Séquard, bien connu, on peut observer l'*hémisection transverse postérieure* décrite par Dejerine et Lhermitte. Il faut bien connaître la possibilité de *commotion médullaire*. Cette dernière se traduit par une paralysie qui rétrocède.

Quant à l'hématomyélie, elle ne donne pas souvent au début une dissociation syringomyélique bien typique. Ce syndrome peut au contraire apparaître tardivement : certaines formes de syringomyélie sont en effet d'origine traumatique ;

3° *Les complications.* — Les méningo-médullaires sont importantes et peuvent dominer le pronostic. Outre la *syringomyélie*, complication tardive que nous venons de voir, on peut observer : *des méningites séreuses*, surtout intéressantes dans leur forme tumorale ; des *pachyméningites hypertrophiques*.

Quant aux *troubles trophiques*, ils sont capitaux : l'auteur les étudie et montre l'allure clinique et les conséquences des œdèmes, des amyotrophies, des escarres, des ostéo-arthropathies décrites par Mme Dejerine et Collier ; l'infection urinaire, le syndrome péritonéal de Guillain et Barré ; les troubles pulmonaires décrits par Cornil et Cornu assombrissent le pronostic.

Un élément psychopathique peut se surajouter aux troubles organiques, réalisant l'*astasie-abasie*.

Enfin l'auteur étudie l'*influence des traumas sur les lésions antérieures* : le mal de Pott, la myélite syphilitique, le tabes sont réveillés par le trauma. La polyomyélite antérieure chronique ne semble pas influencée; la sclérose latérale amyotrophique, la sclérose en plaques ont parfois été aggravées.

L'auteur montre enfin l'importance du traitement médical, des petits soins journaliers. Il conclut en étudiant les taux d'invalidité qui peuvent parfois atteindre 100 p. 100 et même donner lieu chez certains blessés de guerre à des surpensions.

DISCUSSION.

M. OSTERMANN (Essen) est d'accord avec M. Magnus pour rejeter la laminectomie et le corset : le porteur d'un corset se rappelle sans cesse qu'il a été grièvement blessé. Ayant personnellement souffert d'un traumatisme rachidien guéri en quinze jours, sans traitement, et ayant constaté plus de dix ans plus tard, par la radio, qu'il avait eu une double fracture, M. Ostermann se propose de lever les blessés atteints de fracture dès le quinzième jour et de les faire travailler au bout de quatre à cinq semaines, sans leur faire allouer de rente. Mais il est capital que le blessé ignore qu'il a une fracture.

M. SCHAUZ (Dresde). — M. Magnus a eu le mérite d'indiquer qu'un grand nombre de cas — plus qu'on ne le dit classiquement — guérissent sans traitement ; mais ce serait un tort de généraliser. Le corset permet une activité plus grande et il ne faut pas lui attribuer les douleurs qu'il sert à combattre. La différence de point de vue entre M. Magnus et M. Schanz tient surtout à ce que le premier traite surtout les fractures récentes, tandis que le second, orthopédiste, traite les cas anciens que M. Magnus n'a pu guérir : dans ces cas, le corset est précieux.

M. WAEGNER n'est pas d'accord avec le rapporteur : les vrais troubles sont reconnus trop tard ou pas du tout

## REVUE DES CONGRÈS (*Suite*)

Il préconise personnellement dans les deux ou trois premiers mois le lit et un plâtre, puis pendant près d'un an un corset. Sur 209 cas, 64 p. 100 reconnus à temps voulu n'atteignirent que 10 à 20 p. 100 d'invalidité. Les cas reconnus tardivement atteignent 35 p. 100 d'invalidité.

M. REINBOLD. — Lorsqu'il n'y a pas atteinte médullaire, le pronostic est favorable et la durée du traitement peut être ramenée au-dessous des limites classiques. Toutefois, les chiffres indiqués par M. Magnus sont des chiffres extrêmes. Il faut, en outre, faire une réserve pour certaines localisations. Les fractures de l'odontoïde ont un pronostic variable suivant qu'elles s'accompagnent de luxation en arrière ou en avant. La subluxation en arrière n'est pas défavorable. La luxation en avant est sérieuse, peut entraîner des troubles secondaires très graves ; il faut être prudent et fixer la colonne jusqu'à consolidation certaine de la fracture.

Pour $L_5$, il faut être réservé dans l'interprétation d'état pathologique sans rapport avec l'accident ; c'est le cas pour le spondylolisthésis vrai, jamais traumatique, qu'il faut distinguer de la subluxation de $L_5$ sur le sacrum, par fracture interapophysaire postérieure.

M. BOEHLER (Vienne) montre de remarquables photographies illustrant son procédé de réparation des fragments fracturés. Le blessé repose sur le lit par la face et a face antérieure du thorax, le pubis est surélevé par des coussins, les jambes verticales. Les radiographies montrent le redressement de la courbure anormale.

### Communications.

**La consolidation des fractures parcellaires de la colonne vertébrale. Le greffon naturel de soudure des vertèbres traumatisées.** — M. ÉTIENNE MARTIN (Lyon).

La consolidation doit être définie comme l'époque où l'on ne risque plus l'affaissement ou le déplacement d'un corps vertébral traumatisé, donc une déformation de la colonne et des lésions nerveuses tardives. L'examen clinique ne permet pas d'en établir le moment. Les radiographies successives sont seules capables de l'établir. L'auteur envisage les procédés de soudure naturelle qui se font en l'espace de quelques mois entre vertèbre traumatisée et vertèbres sus et sous-jacente ; il indique l'existence d'un greffon naturel de soudure, apparaissant progressivement, très net sur les radiographies successives. Ce greffon est différent des becs de corbeau trouvés sur les colonnes pathologiquement déformées ; les vertèbres pathologiquement ankylosées peuvent d'ailleurs, sous l'influence de traumatismes, se fissurer et donner lieu à des lumbagos chroniques.

**Tuberculose post-traumatique tardive de la colonne vertébrale** — M. LECLERC (Lille).

L'auteur signale la rareté des observations où la relation de cause à effet entre un accident et la localisation d'une infection tuberculeuse au niveau du rachis est établie d'une façon indiscutable.

Il n'a jusqu'ici rencontré au cours de ses expertises médico-légales que quatre cas de maux de Pott post-traumatiques.

Il en rapporte en détail une observation et présente les radiographies qui permettent de suivre l'évolution des lésions locales. L'ouvrier, atteint le 1er février 1929 d'une fracture de l'apophyse transverse, a dû cesser de nouveau le travail en septembre 1930, pour un effondrement tuberculeux de la partie droite du corps de la vertèbre atteinte.

Il s'agit là d'une observation démonstrative, où le diagnostic de la tuberculose osseuse n'a pu être apporté que tardivement, plus de dix-neuf mois après l'accident.

L'apparition si tardive de cette infection ne permet pas à l'ouvrier, suivant les dispositions de la loi française sur les accidents du travail, de recevoir les soins médicaux nécessités par son état, aux frais de son employeur.

C'est là une anomalie regrettable de la loi du 9 avril 1898.

**Séquelles des traumatismes rachidiens.** — M. MUTEL (Nancy).

L'immobilisation plâtrée longue et le corset orthopédique, dit de la convalescence, favorisent la sinistrose et augmentent l'intensité du processus ankylosant. Cependant il faut se méfier des sujets âgés et ne les renvoyer au travail que lorsqu'on est sûr qu'il n'y a qu'une contusion.

**Colonne vertébrale et traumatisme.** — M. SCHANZ (Dresde).

L'auteur insiste sur la fragilité de la colonne vertébrale, qui ne peut travailler qu'à l'aide d'organes de secours. Pour lever un poids on bombe l'abdomen et le thorax, on met en somme l'air sous tension, comme dans un pneumatique, et, comme un pneumatique, par le même mécanisme on peut porter un gros poids. Lorsqu'on analyse les cas où, pour des traumatismes peu importants, la colonne s'est brisée, on s'aperçoit que pour une raison ou pour une autre le système de secours thorax-ventre n'a pu fonctionner.

L'auteur analyse ensuite longuement le rôle des disques intervertébraux.

**Diagnostic différentiel radiologique des lésions rachidiennes.** — M. ALTSCHUL (Prague).

Difficultés à établir la cause d'une lésion de la colonne vertébrale ; si elle est secondaire à une tuberculose ou à un traumatisme.

**Traitement des fractures par écrasement du rachis.** — M. ALBEE (New-York).

L'auteur, se basant sur ses observations personnelles, préconise la méthode conservatrice pour le traitement des fractures par écrasement de la colonne vertébrale. Le traitement consiste en extension, soit sur matelas spécial, soit sur cadre de Bradford pour huit à douze semaines, suivi d'appareil plâtré ou de corset, pour quatre à six mois. Si la guérison n'est pas obtenue au bout de ce temps, il pratique sa greffe osseuse, qui lui a donné des résultats satisfaisants.

**Les résultats tardifs dans les fractures isolées des apophyses épineuses et dans les fractures des apophyses transverses lombaires.**

M. BARTA a trouvé que 20 p. 100 des fractures des apophyses transverses lombaires sont restées pour toujours totalement guéries sans aucun trouble. Les autres ont entraîné des douleurs continuelles, si fortes que quelques-uns des malades ont dû changer de profession. Dans un seul cas l'invalidité est restée complète, tandis que les autres sont retournés à leur travail après un, trois, six, douze mois de traitement.

**Traitement des fractures de la colonne vertébrale.**

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

**Ostéomalacie traumatique tardive du corps vertébral.** — M. Ettorre (Milan).

L'auteur n'est pas favorable à la réduction des fractures de la colonne vertébrale. Il n'a pas tendance à admettre comme entité nosologique la spondylite traumatique.

**Les lésions des disques intervertébraux.** — M. Gœcke (Dresde).

A la suite de la déchirure traumatique du disque intervertébral, se forment des nodules qui troublent le développement des vertèbres, par exemple dans les cyphoses juvelines. La masse du disque peut s'enfoncer aussi dans la vertèbre voisine, en cas d'ostéoporose.

**La maladie de Kummel comme accident de travail.** — MM. Oller et Bravo (Madrid).

Les auteurs ont étudié trois cas d'accidents de travail où s'est posé le problème du diagnostic de maladie de Kümmel. Dans le premier cas, le diagnostic définitif a été tuberculose vertébrale, mais dans les deux autres cas, il s'agissait de maladie de Kümmel.

L'évaluation de l'incapacité, difficile dans tous les pays, l'est davantage en Espagne à cause des conditions spéciales de la loi qui fait payer les indemnités sur la base d'un an, un an et demi et deux ans de salaire.

**Pathologie ostéo-articulaire des vertèbres.** — M. Sulli.

L'auteur étudie les cas fréquents de douleurs, vraies ou simulées, localisées à la région lombaire. Souvent rhumatismales, elles sont souvent attribuées aux efforts normaux du travail.

**Observations sur les séquelles des fractures vertébrales, en particulier sur le syndrome cérébral de Néri associé aux fractures cervicales.** — M. Serra (Bologne).

L'auteur insiste sur les symptômes traduisant la souffrance des centres supérieurs lors des fractures cervicales. Ils permettent d'assurer un diagnostic douteux. Avec Néri, l'auteur fit sur le chien des expériences tendant à établir le rôle du plexus de l'artère vertébrale sur la circulation bulbo-cérébelleuse et générale.

**Résultats tardifs des lésions traumatiques du rachis.** — M. Marangoni (Padoue).

L'auteur montre que l'évaluation de l'incapacité doit être très tardive. La limite de deux ans fixée par la loi italienne est trop courte.

**La spondylite déformante.** — M. Milko (Budapest).

Une spondylite déformante peut avoir été causée par un accident là où il s'agit d'un traumatisme de la colonne vertébrale (contusion ou fracture). Une aggravation d'une spondylite déformante ne peut être admise qu'en cas de traumatisme grave portant sur le rachis. Les constatations radiologiques d'une spondylite déformante peu de temps après l'accident présumé excluent toute origine traumatique.

**Traitement par la colle.** — M. Hedri.

Injecte sous le contrôle radiographique de la colle stérile pour le traitement des fractures des apophyses transverses des vertèbres, ce qui active l'ossification.

## Communications libres.

**Les corps étrangers du genou, ostéochondrite disséquante.** — MM. Grimault et Wilwertz (Algrange, Moselle).

Certains auteurs attribuent à cette affection une origine traumatique, d'autres la considèrent comme spontanée. Le problème est important au sujet des accidents de travail. Les auteurs ont minutieusement étudié quatre cas. La cause serait le plus souvent traumatique, l'hyperémie entraînant la fonte ostéo-cartilagineuse. Les lésions prédominent au niveau de l'insertion fémorale du ligament croisé postérieur arraché au moins partiellement. Une susceptibilité particulière du sympathique favorise la lésion. La sympathectomie est l'opération de choix ; en outre, on enlèvera les corps étrangers libres.

**Technique spéciale de radiographie de l'épine de l'omoplate.** — MM. Betocchi (Milan) et Miege (Aneône).

**Fracture isolée de l'omoplate.** — M. Marsili (Bologne) : quatre-vingts cas de fracture isolée.

**Les fractures du plateau tibial.** — M. Cadore (Padoue) : vingt et un cas personnels.

**Etat du fond d'œil, de la tension rétinienne et rachidienne des commotionnés.** — M. Serra (Bologne).

Chez les individus présentant des signes subjectifs, les examens fourniront la plupart du temps des chiffres normaux ; chez quelques-uns on note pourtant de l'hyper ou de l'hypotension.

**La céphalée post-traumatique.** — M. Zanelli (Bologne).

Il faut distinguer la céphalée immédiate de la céphalée intense et tardive due à une hémorragie secondaire, à une méningite séreuse. En général, la céphalée disparaît au bout de deux ans.

**L'apoplexie post-traumatique à la lumière des nouvelles recherches pathogéniques.** — M. Hirsch (Francfort).

Pour l'auteur, il ne s'agirait pas toujours d'une altération anatomique primitive du vaisseau. La pathogénie est complexe et il faut faire intervenir des spasmes gênant la régularité de la pression sanguine et pouvant occasionner un ramollissement ou une hémorragie.

**Les fractures du calcanéum.** — M. Boehler (Vienne) présente un film illustrant sa méthode qui vise en quelque sorte à remodeler l'os.

**Affections rénales en rapport avec le travail.** — M. Ascoli.

Etude du rein flottant traumatique et des rapports entre calculs du rein et rein flottant.

**Les calcifications pleurales.** — M. Weill (Stuttgart).

Il faut plusieurs années à la suite du trauma pour que se forment des incrustations. La radio est parfois seule capable de les déceler. Elles peuvent avoir une répercussion sur la petite circulation et causer ainsi une diminution de la capacité de travail.

**Lumbagos traumatiques.** — M. Oller (Madrid).

L'auteur ne croit guère aux ruptures musculaires par simple effort. Les traumas radiculaires et funiculaires sont fréquents. L'indemnisation est difficile, car certaines manifestations rhumatoïdes sont favorisées par le trauma.

**Nécrose du semi-lunaire par accident de travail.** — M. Oller (Madrid).

Pour qu'une ostéomalacie soit reconnue comme accident de travail, il faut qu'un traumatisme grave suspende immédiatement le travail, et que la radiographie soit décisive. L'auteur rejette l'extirpation pour préconiser l'immobilisation prolongée, respectant la mobilité digitale.

*Discussion.* — M. Strauss (Nuremberg).

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Il est utile de faire une radiographie de l'autre main; le bandage de la main laissant les doigts libres pendant le travail, maintenu durant des années, est la méthode de choix.

**Quatre cas de traumatisme du scaphoïde et du semi-lunaire.** — M. PACHNER (Turin).

**Etude des anomalies du scaphoïde.** — M. MORI

Le scaphoïde présente souvent deux noyaux non soudés. La radio bilatérale est indispensable

**Fractures du scaphoïde tarsien.** — M. SPELTA (Padoue). ix cas personnels.

**Evolution des ostéomes musculaires traumatiques.** — M. MORI.

Quatre cas personnels; l'évolution peut aboutir à la résolution complète.

**Les fractures des métatarsiens.** — M. ROBERTI (Padoue).

Analyse de 100 cas; le déplacement des fragments est fréquent.

**Les fractures du bassin.** — M. MARANGONI (Padoue).

L'auteur a étudié 60 cas. Il en décrit les séquelles; le taux des incapacités constatées jadis était dû au fait que l'observation ne portait que sur les cas graves.

**Les épithéliomas traumatiques.** — MM. LECLERCQ et MULLER (Lille).

Ces auteurs apportent au Congrès quelques observations tirées de leur pratique personnelle dans lesquelles on peut voir des épithéliomas qui se sont développés sur de plaies vives (cancers aigus), sur des plaies en voie de cicatrisation, ou en partie cicatrisées (cancers subaigus). Ils montrent aussi que le cancer venant compliquer une plaie résultant d'un accident de travail peut entraîner, au titre de la loi de 1898 française, des indemnisations et ils insistent sur la nécessité d'un diagnostic précoce de ces transformations néoplasiques, diagnostic basé sur des biopsies parfois répétées.

**Sur un cas de maladie de Pellegrini-Koehler-Stieda.** — M. MASSAD (Marseille).

Le nom de Stieda peut prêter à confusion avec la fracture de Stieda (fracture de l'épicondyle interne du fémur) qui est la véritable maladie décrite par cet auteur. Quant au nom de Koehler que Mme Kaufmann a cru devoir ajouter à celui de Stieda, sa présence ne s'y justifie pas non plus, puisque c'est le professeur Pellegrini de Florence qui a le premier, en 1905, parfaitement décrit cette maladie et que les travaux de Koehler et de Stieda sont bien postérieurs.

**Causes de mort des électriciens et des maçons.** — M. ROMANELLI.

Les causes de décès par fulguration et autres causes d'accident chargent d'environ 20 p. 100 la mortalité normale des électriciens. Ces causes, par contre, sont bien moins importantes chez les maçons, où les accidents figurent avec un pourcentage de 5,70 p. 100.

*(A suivre.)* HENRI DESOILLE.

# NOUVELLES

**Etats généraux de la gastronomie sous la présidence d'honneur de M. Gaston Gérard, sous-secrétaire d'Etat aux Travaux publics et au Tourisme, Palais des Informations (Exposition Coloniale), les vendredi 30 et samedi 31 octobre 1931.** — Le but des *Etats généraux de la gastronomie*, convoqués par l'Office français de la gastronomie, sous les plus éminents patronages, est de réunis — en vue d'une collaboration constante — les industries, professions, commerces, groupements techniques, corporatifs, professionnels et groupes gastronomiques, pour traiter l'ensemble des questions concernant la table et tout ce qui s'y rapporte, pour réagir contre l'envahissement des produits médiocres ou inférieurs, des ersatz nuisibles au goût et à la santé, des modes, des méthodes et produits contraires à notre race et à notre tempérament.

Le programme des questions soumises à ces Etats généraux de la gastronomie est, certes, considérable, mais il ne faut y voir qu'un prologue aux travaux proposés pour établir une « politique » de la gastronomie, politique d'entente et d'étroite collaboration.

La gastronomie étant l'ensemble des connaissances et réalisations de tout ce qui a trait au boire et au manger — y compris le cadre — afin d'augmenter le bien-être physique et moral, c'est-à-dire la santé, la joie et le bon goût, tout se tient en gastronomie, et c'est pourquoi la collaboration, le front unique s'imposent.

Agriculture, élevage, pêche, chasse, cuisine sont tributaires de la métallurgie, de l'industrie des bois, textiles et autres matières premières.

Que peut l'art d'un bon chef sans de bons produits et sans de bons ustensiles? Qu'est une table sans l'art, pratiquement combiné, de l'architecte, du décorateur, de l'ingénieur, de l'ébéniste, du fabricant de toile, du céramiste, du verrier, de l'orfèvre, du coutellier, du gastronome ? sans parler du couturier, du parfumeur, du fleuriste, de tous ceux qui concourent à la joie de nos sens en ajoutant au plaisir matériel de la table un plaisir tout spirituel ?

*La gastronomie est bien un tout indivisible.* Il appartient à ces Etats généraux de le démontrer et de prouver aussi que, loin d'être uniquement un article de luxe, la *gastronomie est accessible à tous*, qu'elle a donc un rôle social et que, dans notre pays surtout, elle double l'attrait du tourisme par l'étonnante diversité qu'elle offre dans toutes ses manifestations, grâce à la variété si pittoresque de chacune de nos provinces.

Prendre part aux Etats généraux de la gastronomie, c'est travailler au bien du pays, au bien de tous ; c'est révéler, maintenir et accroître, par une propagande intensive, méthodique et pratique, l'ensemble des incomparables, des innombrables trésors de la table française.

PROGRAMME DES ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA GASTRONOMIE. — Section A. *La gastronomie et l'hygiène. Président* : M. Justin Godart, sénateur, ancien ministre de l'Hygiène.

La protection des aliments (étalages, manipulation).

Le contrôle des cuisines.

La question des conserves et salaisons.

La consommation des fruits. Prégustatifs et hors-d'œuvre.

L'alimentation à l'école, à la caserne et à bord.

Formation du goût.

Cantines scolaires et ouvrières.

## NOUVELLES *(Suite)*

Composition et heures des repas. Le menu.

Régimes : l'alimentation et le goût.

L'alcoolisme. Le coktail et ses méfaits.

Le vin : la défense du vin ; le vin comme agent de guérison ; le vin contre l'alcoolisme ; la propagande du vin et la dégustation.

Section B. *L'agriculture et la gastronomie. Président* : M. J. Capus, sénateur, ancien ministre de l'Agriculture ; *président adjoint* : M. Jacques de Vilmorin, de l'Académie d'agriculture.

Produits de ferme. Légumes. Fruits. Primeurs. Viticulture.

La chasse. Le braconnage.

La pêche fluviale. La pisciculture. Le braconnage.

La pêche maritime.

Panification.

Section C. *La production gastronomique. Président d'honneur* : M. Gaston Menier, sénateur ; *président* : M. Jacques Lebel, président de l'Union des syndicats de l'alimentation en gros de France.

Salaisons. Conserves. Biscuiterie. Confiserie.

Vins. Cidres. Bières.

Liqueurs et spiritueux. Spécialités régionales. Produits d'origine. Congélation. Frigorifiques.

Spécialités régionales. Produits d'origine.

Ersatz et produits de remplacement. Contrefaçons et fausses appellations.

Expertise alimentaire et gastronomique.

Transports et douanes.

Droits des producteurs. Droits des consommateurs.

Section D. *L'enseignement technique. Président d'honneur* : M. Edm. Labbé, directeur général de l'Enseignement technique ; *président* : M. Hippolyte Luc, directeur adjoint de l'Enseignement technique.

Écoles de cuisine. Écoles ménagères. Écoles hôtelières et autres.

Apprentissage.

Renseignements que doivent donner maîtres d'hôtels et sommeliers.

Section E. *Les arts au service de la table. Président* : M. André Breton, député, vice-président de la Commission du froid à l'Office national de recherches et inventions. (Salle à manger, office, cuisine, cave.)

Aménagements. Éclairage. Ventilation.

Décoration.

Ameublement.

Appareils de chauffage. Ustensiles. Matériel.

Céramique. Verrerie.

Orfèvrerie. Coutellerie.

Linge de table.

Fleurs. Toilettes. Parfums.

Section F. *La gastronomie et le tourisme. Président* : M. Antoine Borrel, sénateur, ancien ministre.

Produits et mets régionaux.

La cuisine des wagons-restaurants et le régionalisme culinaire.

Buffets de gares : présentation. Échantillonnage gastronomique de la région. Repas légers. Repas rapides. Heures d'ouverture et de fermeture. Prohibition et demi-prohibition. Droits du voyageur.

Hôtels et restaurants des centres touristiques : coutumes pour les repas. Petit déjeuner et breakfast. Déjeuner et lunch. Goûter et thé. Dîner, light dinner et high tea. Variété des menus. Cuisine régionale. Repas avec vin (cidre ou bière) compris.

Les Syndicats d'initiative et la production gastronomique régionale. Propagande. Publications.

Les chemins de fer et la production gastronomique régionale.

Produits gastronomiques comme souvenirs touristiques.

Section G. *La propagande gastronomique. Présidents* : Dr G. Baillière, président du Cercle de la librairie ; Ch. Maillard, président de la Chambre syndicale de la Publicité.

Bibliothèques. Librairies et bibliographie gastronomiques.

La presse et la gastronomie.

Critique gastronomique et droits de la critique.

Propagagande gastronomique. Publicité gastronomique.

Établissement, par pays et par régions, d'un répertoire des produits, mets et boissons classés méthodiquement et expliqués.

Groupes, associations et clubs gastronomiques.

Foires et expositions gastronomiques : régionales, nationales, internationales.

Publications et cartes gastronomiques.

Circuits gastronomiques de propagande et itinéraires gastronomiques.

Offices nationaux de gastronomie.

Projet d'Union ou de Fédération internationale des Offices nationaux de gastronomie.

Pour tous renseignements, s'engager (de 14 h. 30 à 17 h. 30), sauf le samedi, à l'Office français de la Gastronomie, 26, avenue de l'Opéra, Paris (Ier). Tél. : Central 81-05, 81-06, 91-44

**Legs à la Faculté de médecine de Paris.** — Par décret présidentiel, le doyen de la Faculté de Paris est autorisé à accepter le legs d'une rente annuelle de 10 000 francs fait à la Faculté par la dame Susmann, épouse Seligmann, pour une donation dite « Fondation Georgette-Arnold Séligmann » au profit d'un étudiant de nationalité française, atteint de tuberculose.

**Legs à la Faculté de médecine de Montpellier.** — Par décret présidentiel, le doyen de la Facultéde médecine de Montpellier est autorisé à accepter :

1° La donation d'une somme de 28 600 francs faite à ladite Faculté par MM. les professeurs Rimbaud et Carrieu, agissant à cet effet au nom du XXe Congrès français de médecine, pour les arrérages être affectés à la création d'un prix qui, sous le nom de « Prix du XXe Congrès français de médecine », sera attribué annuellement à l'étudiant de la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier qui non comptée la majoration pour le titre d'interne provisoire, aura obtenu le plus grand nombre de points au concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Montpellier.

Ladite somme sera placée en titres de rentes sur l'État français, immatriculée au nom de la Faculté susdésignée avec indication de la destination des arrérages.

2° Le legs d'une somme de 25 000 francs fait par M. le Dr Boudou Jules à ladite Faculté avec affectation des

## NOUVELLES *(Suite)*

revenus au laboratoire de microbiologie pour des recherches en vue de l'application des idées pastoriennes.

Cette somme sera placée en titre de rentes sur l'Etat français immatriculé au nom de la Faculté susindiquée, avec indication de la destination des arrérages.

**La clinique médicale de l'Hotel-Dieu à Vichy.** — Les voyages d'études médicales à Vichy ont été clôturés cette année par la visite de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Cet important voyage d'études médicales avait à sa tête MM. les professeurs agrégés Etienne Chabrol et Henri Béuard, assistés de M. le Dr Jacques Deval, chef de laboratoire de l'Hôtel-Dieu, organisateur de ces voyages.

Il était composé, en dehors de nombreux internes et externes des hôpitaux de Paris, de jeunes médecins représentant onze nationalités différentes : Angleterre, République Argentine, Belgique, Brésil, Canada, Grèce, Italie, Norvège, Pologne, Palestine, Syrie.

Reçus à l'hôtel Carlton, ils assistèrent le soir même de leur arrivée à une représentation de *a Passante*, donnée au théâtre du Casino, avec le concours de Mme Marguerite Carré. Le lendemain ils visitèrent les nouveaux ateliers d'embouteillage et d'expédition des eaux minérales de Vichy-Etat, le Grand Etablissement thermal, les sources, le laboratoire de recherches hydrologiques institué par la Compagnie fermière sous la direction scientifique de l'Institut d'hydrologie du Collège de France, qui leur fut présenté par le Dr Lescœur. Ils entendirent également une très intéressante conférence de M. le Dr Durand-Fardel sur la cure de Vichy et furent reçus dans la soirée au Sporting-Club. Ils assistèrent ensuite à une brillante représentation de *Manon*, avec le concours de Mlle Mireille Berthon de l'Opéra.

Dimanche matin le professeur agrégé Etienne Chabrol faisait, dans la salle des fêtes du Casino, une conférence du plus haut intérêt « sur le traitement de la lithiase biliaire » qu'il avait tenu à réserver à Vichy.

Avant leur départ, les visiteurs furent réunis au Carlton en un banquet de clôture, sous la présidence de M. Normand, directeur des Services administratifs de la Compagnie fermière. Au champagne, des discours furent prononcés par MM. Normand qui parla notamment des projets de la Compagnie fermière pour donner à Vichy une base scientifique et de l'important Congrès médical qui se tiendra à Vichy en septembre prochain ; le Dr Durand-Fardel, président de la Société des sciences médicales ; le professeur agrégé Etienne Chabrol ; et au nom de leurs pays respectifs, par MM. les docteurs Spiridakys, d'Angleterre ; Amy, de Belgique ; Guimaraes, du Brésil ; Bussières, du Canada ; Livaditis, de Grèce ; Strumbalo, d'Italie ; Schrümpf, de Norvège ; Zourekatis, de Palestine ; Hajj, de Syrie ; Konar, de Pologne ; au nom des externes et internes par Mlle Lina Pauley ; MM. Nègre et Paul, et enfin par M. le professeur agrégé Bénard. Tous les orateurs, après avoir remercié la Compagnie fermière de son accueil si cordial, rendirent hommage au corps médical de la Station et firent l'éloge de Vichy, reine des stations thermales.

Ils furent tous chaleureusement applaudis, et cette réception se déroula dans une atmosphère de très cordiale sympathie. Les visiteurs ont quitté Vichy emportant de leur séjour le plus agréable souvenir.

**Service de santé militaire.** — Par décision du 7 septembre 1931, les mutations suivantes sont prononcées :

*Médecin colonel* : M. Dauthuile (Georges-Pierre-Florimond), médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Etienne, est affecté comme médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Orléans.

*Médecin lieutenant-colonel* : M. Cenet (Georges-Auguste), des salles militaires de l'hospice mixte de Nîmes, est maintenu et désigné comme médecin-chef et président de commission de réforme.

*Médecins commandants* : M. Lafforgue (Jean-Pierre-Marcelin), du 19e corps d'armée, est affecté au 10e régiment d'artillerie à Rennes.

M. Simonot (Lucien-Pierre-Octave), du 19e corps d'armée, est affecté au centre de réforme de Constantine.

M. Ceard (Joseph-Louis), des territoires du Sud-Algérien, est affecté au 19e corps d'armée (service).

M. Castay (Franck), du 19e corps d'armée, est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte de Dijon.

*Médecins capitaines* : M. Martené (André-Eugène), du 19e corps d'armée, est affecté aux troupes du Maroc (volontaire).

M. Mourot (René-Eugène), du 21e régiment d'infanterie, Chaumont, est affecté au 107e régiment d'artillerie à Chaumont.

M. Fort (Pierre-Charles-Lucien), du 309e régiment d'artillerie, à Strasbourg, est affecté à l'École polytechnique de Paris.

M. Roussel (Jean-Nicolas), du 19e corps d'armée, est affecté au 3e bataillon de dragons portés, à Lunéville.

M. Martin (Robert-André), des troupes du Maroc, est affecté au 21e régiment d'infanterie, à Chaumont.

M. Rauch (André-Alfred-Louis), de l'hôpital militaire de Briançon, est affecté à l'hôpital militaire de Constantine, laboratoire de bactériologie.

M. Robert (Marie-Albert-Léon-Jean), des troupes du Levant, est affecté au 40e régiment d'artillerie, à Châlons-sur-Marne.

M. Freyche (Roger), du 48e régiment d'infanterie, à Guingamp, est affecté au 48e régiment d'infanterie, à Landerneau.

M. Cosset (Maurice-Claude-Yvan), du 173e régiment d'infanterie à Corté, est affecté aux troupes du Levant (volontaire).

**Corps de santé militaire.** — *Au grade de médecin général* : M. le médecin colonel Vivié (A.), en remplacement de M. le médecon général Mathis, placé dans la section de réserve (pour prendre rang à compter du 19 septembre 1931).

Par décision ministérielle du même jour, été maintenus dans leur affectation actuelle :

M. le général de division Perrier, adjoint au général ajoint à l'inspecteur général de l'armée pour l'aéronautique mise à la disposition du département de la guerre.

M. le général de brigade Marmion, chef du service des matériels de fortification (maintenu provisoirement).

M. le médecin général des troupes coloniales Vivié, adjoint au directeur du service de santé du commandement supérieur des troupes coloniales dans la métropole.

**Service de santé de la Marine.** — Par décret en date du 13 septembre 1931, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

## NOUVELLES *(Suite)*

*Au grade de médecin en chef de 1re classe* : M. Plazy (Louis), médecin en chef de 2e classe.

*Au grade de médecin en chef de 2e classe* : M. Artur (René-François-Eugène), médecin principal.

*Au grade de médecin principal* : Premier tour (ancienneté), M. Birades (Pierre-François-Louis-Marie), médecin de 1re classe.

**Ecole municipale d'hygiène.** — Au Musée d'hygiène, 57, boulevard Sébastopol, auront lieu les mardis et vendredis, à 20 h. 30, à partir du 13 octobre, les cours suivants, généralement illustrés par des projections cinématographiques. Un certificat sera délivré aux élèves qui auront fait preuve d'assiduité.

*Hygiène générale.* — Mardi 13 octobre 1931, M. J. Blier : L'hygiène à travers les âges. — Vendredi 16 octobre 1931, M. C. Roéland : Tuberculose et hygiène de l'habitation. — Mardi 20 octobre 1931, M. Sentenac : Alimentation en eau des villes. — Vendredi 23 octobre 1931, M. Sentenac : Collecte et évacuation des eaux usées et des ordures ménagères. — Mardi 27 octobre 1931, M. le Dr Foveau de Courmelles : Air et lumière. Fumées et poussières. Application à l'habitation et à l'école.

*Hygiène alimentaire.* — Vendredi 30 octobre 1931. M. C. Roéland : Le lait envisagé comme aliment. — Mardi 3 novembre 1931, M. J. Blier : Les divers aliments. Nutrition. Rationnement. Métabolisme alimentaire. — Vendredi 6 novembre 1931, M. C. Roéland : Les maladies transmissibles par le lait. — Mardi 10 novembre 1931, M. J. Blier : Régimes ; Intoxications alimentaires. — Vendredi 13 octobre 1931, M. C. Roéland : La conservation du lait. Le lait cru. — Mardi 17 novembre 1931, M. J. Blier : La conservation des aliments.

*Hygiène infantile. Hygiène scolaire.* — Vendredi 20 novembre 1931, M. le Dr Maillet : Première enfance Croissance et alimentation. — Mardi 24 octobre 1931. M. le Dr Maillet : Moyenne et grande enfance. Croissance. Hygiène individuelle (notions générales). — Vendredi 27 novembre 1931. M. le Dr Dufestel : Hygiène des locaux scolaires. — Mardi 1er décembre 1931, M. le Dr Dufestel : Hygiène collective et hygiène individuelle des écoliers.

*Maladies infectieuses. Maladies professionnelles.* — Vendredi 4 décembre 1931, M. le Dr Caujole : Maladies microbiennes en général. Variole, Vaccine. Varicelle. Scarlatine. Rougeole. — Mardi 8 décembre 1931, M. Duval, Le plomb. Le mercure. Le phosphore. L'arsenic. — Vendredi 11 décembre 1931, M. le Dr Caujolle : Coqueluche, Oreillons. Diphtérie. Fièvre typhoïde. Dysenterie. Tétanos. — Mardi 15 décembre 1931, M. Duval : Le sulfure de carbone. Les hydrocarbures et quelques autres composés organiques. — Vendredi 18 décembre 1931, M. le Dr Caujole : Choléra. Typhus. Peste. Fièvre jaune. Lèpre.

*Maladies d'origine animale.* — Mardi 22 décembre 1931, M. J. Blier : Tuberculose. Fièvre ondulante. Charbon. — Mardi 5 janvier 1932. M. J. Blier : Rage. Psittacose. Maladies vermineuses.

*Hygiène sociale. Hygiène mentale.* — Vendredi 8 janvier 1932, M. C. Roéland : Alcoolisme. Tuberculose. — Mardi 12 janvier 1932, M. le professeur H. Gougerot : Maladies vénériennes. — Vendredi 15 janvier 1932, M. le Dr Bérillon : Hygiène mentale : la défense contre les maladies mentales. — Mardi 19 janvier 1932, M. le Dr Bérillon : Hygiène mentale : le problème de l'enfance anormale.

*Hygiène chirurgicale.* — Vendredi 22 janvier 1932, M. le Dr R.-C. Monod : Asepsie et antisepsie. — Mardi 26 janvier 1932, M. le Dr R.-C. Monod : Contusions. Plaies. Fractures. Principales affections des organes respiratoires et des organes digestifs.

*Hygiène dentaire.* — Vendredi 29 janvier 1932, M. L.-C. Barail : Notions de pathologie buccale et dentaire. — Mardi 2 février 1932, M. L.-C. Barail : Prophylaxie bucco-dentaire et soins d'urgence aux enfants et aux adultes.

Le Mysée d'hygiène est ouvert au public les dimanches, mardis, mercredis et vendredis de 12 à 17 heures, les jours de fête exceptés.

**Ecole centrale de puériculture.** — Les cours de l'Ecole centrale de puériculture commenceront le jeudi 19 novembre 1931, à 16 heures, 91 *bis* rue Falguière. Pour tous les renseignements et inscriptions, s'adresser au Comité national de l'Enfance, 26, boulevard de Vaugirard.

**Amphithéâtre d'anatomie.** — Un cours d'anatomie pathologique chirurgicale, cours en dix leçons particulièrement destiné aux internes en chirurgie, aux candidats au prosectorat et au bureau central, sera fait par M. Moulonguet, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, chef du laboratoire, à partir du mardi 13 octobre 1931, à 16 heures, et continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Droit d'inscription : 250 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Ce cours essentiellement anatomo-clinique, ne comporte aucune manipulation pratique. Il est gratuit pour les internes des hôpitaux, qui ont libre accès au laboratoire, et pour les externes qui se feront inscrire.

Le nombre des auditeurs n'est pas limité. Le cours portera sur les lésions gynécologiques.

**Cours de la Faculté de médecine de Paris. Travaux pratiques de chimie (série supplémentaire).** — Une série supplémentaire de travaux pratiques de chimie aura lieu à partir du 15 octobre 1931.

A cette série pourront s'inscrire :

1° Les étudiants dont les travaux pratiques réglementaires n'ont pu être validés pour une raison quelconque.

2° Dans la limite des place disponibles, les étudiants qui voudraient compléter leurs connaissances pratiques en chimie biologique et pathologique avant la session d'examens du mois de novembre.

Les élèves inscrits devront verser un droit de 200 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, à partir du 2 octobre 1931.

**Laboratoire d'anatomie pathologique.** — Une série de revision de travaux pratiques aura lieu du lundi 5 octobre au samedi 10 octobre inclusivement ; les séances auront lieu tous les jours à 14 h. 30. Droit d'inscription : 25 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté les lundis, mercredis, vendredis de 14 à 16 heures, guichet n° 4. Prière de présenter ensuite la quittance de versement au bureau du chef des travaux pour la mise en série. Le nombre de places est limité à 90.

# NOUVELLES *(Suite)*

**Clinique obstétricale Baudelocque** (Professeur : M. COUVELAIRE ; agrégé : M. PORTES ; assistant : M. LACOMME). — I. SERVICES CLINIQUES avec l'assistance de MM. le Dr Marcel PINARD, médecin des hôpitaux ; LAENNEC, chef de clinique ; GIRAND, chef de laboratoire ; POWILEWICZ, SEGUY, DIGONNET, Mme ANCHEL-BACH, anciens chefs de clinique ; LAPORTE, attaché médical ; FRANÇOIS, chef de clinique adjoint ; MIMIN et LEBLANC, aides de clinique.

I. SERVICE DES CONSULTATIONS (policlinique Valancourt, 125, boulevard de Port-Royal).

*Femmes en état de gestation* : tous les jours, de 8 à 18 heures:

*Mères nourrices et nourrissons* ; les mardis et jeudis, à 14 heures ; les samedis, à 9 heures.

*Gynécologie* : les mardis, à 9 heures et samedis, à 14 heures.

*Stérilité* : les mercredis, à 10 heures.

*Dispensaire antisyphilitique (femmes et nourrissons)* : les lundis et mercredis, à 14 heures ; les vendredis, à 9 heures.

2° SERVICE INTÉRIEUR (maternité Baudelocque, 121, boulevard de Port-Royal).

Tous les jours, à 9 h. 30 : *visite des femmes et des enfants hospitalisés.*

Les mardis, à 13 h. 30 et samedis à 10 heures : *opérations.*

II. ENSEIGNEMENT CLINIQUE. — M. le professeur COUVELAIRE : Le lundi, à 11 heures : Discussion d'observations cliniques. — Le vendredi, à 11 heures : Présentation de malades.

M. Portes : Le mardi, à 14 h. 30 : Technique opératoire.

M. Marcel Pinard : Le mercredi, à 15 heures : Dispensaire antisyphilitique.

MM. Powilewicz et Lacomme : Le samedi, à 11 heures : Puériculture et pathologie du nouveau-né.

III. MUSÉE HENRI VARNIER. — Les collections d'anatomie obstétricale normale et pathologique peuvent être étudiées par les élèves et les médecins, les lundis de 14 à 16 heures.

IV. COURS COMPLÉMENTAIRES. — 2° *Cours supérieurs.* — Stage clinique. Pathologie obstétricale. Opérations obstétricales : vacances de Pâques. Première quinzaine de septembre.

1° *Cours pratiques obstétricale* d'une durée de deux semaines. Deux séries : première série du 1er février au 31 mars. Deuxième série du 1er octobre au 31 octobre.

Des affiches spéciales indiqueront en temps utile les horaires, les programmes et les conditions de ces cours complémentaires.

**Clinique médicale des enfants.** — M. NOBÉCOURT commencera le cours de clinique médicale des enfants, le lundi 2 novembre 1931, à 9 heures.

PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT. — Tous les matins, à 9 heures : Enseignement clinique dans les salles par le professeur.

Lundi et jeudi, à 10 heures : Policlinique par le professeur.

Mardi, à 10 h. 30 : Leçon de thérapeutique, par les chefs de clinique et de laboratoire.

Mercredi, à 10 h. 30 : Conférence sur les affections respiratoires, par M. Jean Hutinel, agrégé.

Vendredi, à 10 h. 30 : Leçon de dermatologie, par M. Jean Hallé, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Samedi, à 10 heures : Cours de clinique, par le professeur (première leçon le 14 novembre).

Des cours de révision de médecine et de clinique des enfants seront donnés à Pâques et en juillet 1932.

**Clinique de la tuberculose (Fondation du Conseil général de la Seine)** (Professeur : M. Léon BERNARD). — I. ENSEIGNEMENT ÉLÉMENTAIRE. — Lundi à 9 heures ; Pneumothorax artificiels compliqués (Dr Triboulet, chef de clinique). Expertises militaires pour la tuberculose (Dr Renard). Visite dans les salles par les chefs de clinique.

Lundi à 14 h. 30 : Au dispensaire, policlinique par les chefs de clinique ; service médico-social de dispensaire, par le Dr Baron, assistant.

Mardi à 10 h. 30 : Examen des malades du service par le professeur (salle des conférences de la clinique).

Mercredi à 9 h. 30 : Pneumothorax artificiels simples (Drs Triboulet, Poix et Valtis). Examen radioscopique des malades du service, par le Dr Maingot, radiologiste de l'hôpital Laennec.

Mercredi à 11 heures : Leçon clinique, par le professeur.

Jeudi à 9 h. 30 : Au dispensaire, à 9 h. 30, policlinique avec examens radioscopiques par les chefs de clinique. Service médico-social de dispensaire par le Dr Baron. A 10 h. 30, prophylaxie anténatale de la première enfance par le professeur.

Vendredi à 10 heures : au laboratoire d'anatomie pathologique, examens macroscopiques et microscopiques, par le Dr Gauthier-Villars, chef du laboratoire.

A la crèche Landouzy, clinique et prophylaxie postnatale de la première enfance, par le professeur et le Dr Lamy, chef de clinique.

Samedi à 9 h. 30. — Au dispensaire, policlinique avec examens radioscopiques, par le professeur et les chefs de clinique. Service médico-social de dispensaire, par le Dr Baron. Sélection des malades de préventorium et de sanatorium, par le Dr Georges Guinon.

La première leçon clinique du semestre aura lieu le mercredi 18 novembre, à 11 heures.

II. ENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. — Des séries de leçons sur des sujets relatifs à la tuberculose (anatomie pathologique ou bactériologie ; clinique ou thérapeutique ; prophylaxie sociale), auront lieu à des dates qui seront ultérieurement déterminées, sous la direction de MM. Léon Bernard ou Rist.

Un cours sur les tuberculoses ostéo-articulaires sera donné à l'hôpital franco-américain de Berck, par le Dr Jacques Calvé avec la collaboration de MM. les Drs Galland, Froyez et Louis Lamy, du 1er au 15 juillet. Le programme en sera affiché ultérieurement.

III. ENSEIGNEMENT SPÉCIAL DE PERFECTIONNEMENT. — Deux cours de perfectionnement seront donnés :

Le premier, dirigé par MM. Léon Bernard et Robert Debré, en vue de la préparation des médecins spécialistes de dispensaires et sanatoriums, sera d'une durée de trois mois, et composé de deux parties : la première, d'une durée de quatre semaines, comprendra 40 leçons accompagnées de travaux pratiques de clinique et de laboratoire ; la seconde d'une durée de huit semaines, sera

## NOUVELLES *(Suite)*

affectée à des stages au dispensaire Léon-Bourgeois et dans d'autres dispensaires de l'Office public d'hygiène de la Seine, ainsi que dans des sanatoriums de cette administration.

Ce cours aura lieu de janvier à mars inclusivement. Le programme en sera affiché ultérieurement.

Le second, sous la direction de MM. Rist et Ameuille, sera d'une durée de quatre semaines, comportant leçons, examens radiologiques, techniques thérapeutiques, exercices de laboratoire et visites ; il aura lieu en octobre.

Pour les cours spéciaux, des bourses seront attribuées par le Comité national de défense contre la tuberculose.

Le certificat d'assiduité au cours de trois mois, comprenant obligatoirement les stages, permet l'inscription sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecin des dispensaires de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine.

### MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

10 OCTOBRE. — *Reims*. Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Reims, à 9 heures du matin, à l'hôpital civil.

10 OCTOBRE. — *Paris*. Salpêtrière. Réunion de la Ligue française contre le rhumatisme, à 10 heures.

11 OCTOBRE. — *Padoue*. Congrès italien contre la tuberculose.

11 OCTOBRE. — *Locarno*. ouverture des cours de perfectionnement de la fondation Tomarkin.

11 OCTOBRE. — *Locarno*. Ouverture du cours de perfectionnement médical de la fondation Tomarkin.

12 OCTOBRE. — *Paris*. Institut Pasteur. Congrès annuel d'hygiène.

12 OCTOBRE. — *Paris*. Concours d'infirmière de l'Assistance publique à l'hospice de la Salpêtrière, à 13 heures.

12 OCTOBRE. — *Dijon*. École de médecine. Concours pour la place de chefs de travaux de physique à l'École de médecine de Dijon.

12 OCTOBRE. — *Paris*. Ouverture d'une série supplémentaire de travaux pratiques de pharmacologie et matière médicale.

13 OCTOBRE. — *Paris*. Ministère des Colonies. Clôture du registre d'inscription pour le concours de médecin stagiaire de l'assistance médicale en Indochine.

14 OCTOBRE. — *Paris*. Congrès international de pathologie comparée.

14 OCTOBRE. — *Paris*. Assistance publique, dernier délai de remise des mémoires pour le prix Fillioux.

14 OCTOBRE. — *Paris*. Assistance publique. Dernier délai pour le dépôt des mémoires destinés au prix Fillioux.

14 OCTOBRE. — *Grenoble*. Dernier délai d'inscription des canditatures au poste de médecin des services antituberculeux de l'Isère.

15 OCTOBRE. — *Orléans*. Dernier délai d'inscription pour le concours de médecin phtisiologue adjoint des hôpitaux d'Orléans.

15 OCTOBRE. — *Dijon*. Dernier délai d'inscription pour le concours d'aide de clinique chirurgicale de l'École de médecine de Dijon.

15 OCTOBRE. — *Paris*. — Assistance publique. Clôture du registre d'inscription pour le concours de médaille d'or des hôpitaux de Paris.

15 OCTOBRE. — *Alger*. Concours de pharmacien des hôpitaux d'Oran.

15 OCTOBRE. — *Paris*. Concours de médecin spécialisé des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du Finistère.

15 OCTOBRE. — *Paris*. Ministère des Colonies. Clôture du registre d'inscription pour le concours de médecin stagiaire de l'assistance médicale de Madagascar.

15 OCTOBRE. — *Tours*. Concours pour la nomination d'un chef de clinique obstétricale.

15 OCTOBRE. — *Paris*. Ouverture d'un cours de perfectionnement d'anatomie pathologique.

15 OCTOBRE. — *Versailles*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de chirurgien adjoint des hôpitaux de Versailles.

16 OCTOBRE. — *Paris*. Concours de professeur suppléant de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'École de médecine d'Angers.

17 OCTOBRE. — *Paris*. Assistance publique. Clôture du registre d'inscription pour le concours d'aptitude aux fonctions de chef de laboratoire de bactériologie des hôpitaux.

19 OCTOBRE. — *Toulouse*. Concours de professeur suppléant d'anatomie à l'École de médecine de Clermont-Ferrand.

19 OCTOBRE. — *Paris*. Congrès français d'oto-rhino-laryngologie.

19 OCTOBRE. — *Nice*. Concours pour 10 places d'internes de médecine et chirurgie des hôpitaux de Nice.

19 OCTOBRE. — *Bordeaux*. Concours de l'externat des hôpitaux de Bordeaux.

20 OCTOBRE. — *Bordeaux*. Concours de l'internat des hôpitaux de Bordeaux.

20 OCTOBRE. — *Toulouse*. Concours de professeur suppléant de clinique obstétricale à l'école de médecine de Clermont-Ferrand.

20 OCTOBRE. — *Mont-de-Marsan*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de médecin spécialisé de dispensaires pour les Landes.

21 OCTOBRE. — *Paris*. Faculté de médecine. Concours pour une place de professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Nantes.

21 OCTOBRE. — *Rouen*. Dernier délai d'inscription pour le concours de l'internat des hôpitaux de Rouen.

21 OCTOBRE. — *Paris*. Assistance publique. Concours de l'externat des hôpitaux de Paris.

22 OCTOBRE. — *Rouen*. Concours de l'externat des hôpitaux de Rouen.

## NOUVELLES (*Suite*)

22 Octobre. — *Bordeaux*. Concours de médecin résidant à l'hôpital Saint-André.

23 Octobre. — *Paris*. Faculté de pharmacie. Concours pour l'emploi de professeur suppléant de physique à l'Ecole de médecine de Tours.

26 Octobre. — Ecole de médecine. Concours pour la nomination d'un médecin phtisiologue adjoint pour les hôpitaux d'Orléans.

26 Octobre. — *Paris*. Val-de-Grâce. Concours de professeur agrégé à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales.

27 Octobre. — *Paris*. Assistance publique. Concours de stomatologiste des hôpitaux.

28 Octobre. — Faculté de médecine. Concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de médecine de Grenoble.

29 Octobre. — *Dijon*. Ecole de médecine. Concours d'aide de clinique chirurgicale de l'Ecole de médecine de Dijon.

30-31 Octobre. — *Paris*. Exposition coloniale. Cité des Informations. Etats généraux de la gastronomie.

31 Octobre. — *Lille*. Dernier délai d'envoi des travaux pour le prix Feron-Vrau. Envoyer à M. Lepoutre, 46, boulevard Vauban, à Lille.

1er Novembre. — *Paris*. Ministère de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau). Dernier délai d'inscription des candidats pour le concours d'assistant des hôpitaux coloniaux.

1er Novembre. — *Paris*. Société de chirurgie (12, rue de Seine). Dernier délai de dépôt des travaux pour les prix de la Société de chirurgie.

1er Novembre. — *Paris*. Ministère de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau). Dernier délai d'inscription des candidats à la chaire de bactériologie, parasitologie, et épidémiologie à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales.

2 Novembre. — *Paris*. Clinique médicale des enfants (hôpital des Enfants-Malades), 9 heures. Ouverture de l'enseignement clinique.

3 Novembre. — *Bordeaux*. Ouverture de l'enseignement de médecine coloniale.

3 Novembre. — Villes où réside une Académie. Session d'examen pour les étrangers demandant l'équivalence du baccalauréat.

3 Novembre. — *Paris*. Val-de-Grâce. Concours de médecin et de chirurgien des hôpitaux militaires.

5 Novembre. — *Paris*. Assistance publique, 10 heures. Réunion de la Commission chargée d'établir la liste d'aptitude aux fonctions de chef de laboratoire de bactériologie des hôpitaux de Paris.

6 Novembre. — Facultés de médecine. Concours d'agrégation.

## CHRONIQUE DES LIVRES

***Les fonctions hépato-biliaires. Physiologie. Exploration. Valeur et choix des tests de l'insuffisance hépatique***, par M. Chiray, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin des hôpitaux, et F. Thiébaut, interne des hôpitaux de Paris. Un volume de 170 pages : 24 francs (*Masson et Cie, édit., à Paris*).

La question des troubles hépato-biliaires et des moyens d'apprécier leurs caractères et leur degré reste extrêmement complexe, malgré la pléiade des chercheurs qui s'est efforcée de l'élucider. Si les signes cliniques à eux seuls suffisent à affirmer la grande insuffisance hépatique il n'en va plus de même pour la petite insuffisance et l'insuffisance latente. La clinique ne permet que des hypothèses et on doit demander aux examens de laboratoire et en particulier aux examens biochimiques de donner une précision plus grande. Malheureusement, les procédés dont on dispose, très nombreux, sont loin d'être d'égale valeur et la notion, qui s'affirme de plus en plus, de la dissociation possible des fonctions du foie rend plus difficile encore l'interprétation des résultats obtenus par les nouvelles méthodes. Aussi doit-on savoir gré à MM. Chiray et Thiébaut d'avoir voulu mettre un peu d'ordre et de clarté dans l'exposé des moyens d'exploration actuels du foie, d'en avoir dit la technique et d'avoir, avec beaucoup de sens critique, analysé les résultats obtenus. Sans doute ils montrent que ces techniques ne sont pas à la portée de tous les praticiens, qu'elles ne permettent souvent que des conclusions très relatives et que l'appréciation des fonctions du foie pathologique reste encore bien délicate, même alors qu'on emploie les méthodes les plus modernes. Il n'en est pas moins vrai que certaines d'entre elles constituent de réels progrès, et que, grâce à elles, dans nombre de cas le diagnostic et le pronostic de certaines lésions chroniques toxiques ou infectieuses peuvent être mieux précisés. Le livre de MM. Chiray et Thiébaut peut rendre à cet égard de grands services à tous les chercheurs.

P. Lereboullet.

***Les assurances sociales. Guide à l'usage du corps médical***, par le Dr Crouzon. Un petit volume de 123 pages, 12 francs (*Masson et Cie, édit., à Paris*).

Quelles que soient les divergences d'opinion des médecins sur la question des assurances sociales, il est un fait, c'est que le praticien a journellement à apporter sa collaboration à l'application de la loi. Il doit en connaître le mécanisme. Si nombreux qu'aient été les articles consacrés à ce sujet dans les journaux médicaux, il était utile qu'un petit volume simple, clair, élaguant l'inutile, fasse un regroupement méthodique de tout ce qui peut intéresser le médecin. C'est ce petit volume qu'a récemment mis au point le Dr Crouzon, particulièrement compétent en ces questions ; grâce à lui, les médecins auront en mains un petit manuel très pratique, susceptible de les aider à adopter une ligne de conduite dans les diverses circonstances où ils sont amenés à collaborer à la mise en œuvre de cette loi.

P. L.

# INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

## L'EXERCICE DE LA MÉDECINE ET LA LOI DU 13 JUILLET 1930 SUR LE CONTRAT D'ASSURANCES

Par E.-H. PERREAU

Professeur de Législation industrielle à la Faculté de droit de Toulouse.

La multiplication des actions en responsabilité médicale et chirurgicale depuis quelque trente ans a répandu si largement l'usage de l'assurance parmi les médecins, que la promulgation de la loi du 13 juillet 1930 ne saurait les laisser indifférents. Évidemment il n'est pas question d'examiner ici au complet tous les points où elle peut concerner les diverses assurances médicales, depuis celle des autos jusqu'à l'assurance-vie. Limitons-nous aux seules solutions les plus générales touchant les intérêts du médecin qu'on discutait le plus vivement, en pratique, avant la loi nouvelle, renvoyant à d'autres occasions l'examen des difficultés relatives à des cas plus particuliers. D'une façon plus précise, nous envisagerons trois ordres d'idées : la date de la formation du contrat, les obligations essentielles de l'assuré, enfin celle de l'assurance.

### § 1er. — Depuis quel moment le contrat d'assurance est-il conclu?

Avant la loi nouvelle, les Compagnies ne manquaient jamais d'insérer dans leurs polices une disposition déclarant ne pas reconnaître leurs conventions purement verbales. C'était la source de continuels procès. En cas d'assurance-vie ou d'assurance-accident ou maladie, le client devait rédiger, sur une feuille spéciale, une proposition d'assurance, accompagnée d'un questionnaire imprimé détaillé, renfermant ses réponses écrites à chacune des questions, signer l'une et l'autre, les faire contresigner par l'agent local de la Compagnie pour certifier sa signature, puis attendre la réponse du directeur général, seul qualifié par les statuts pour accepter ses conditions. S'il les acceptait, celui-ci faisait rédiger une police, d'après les indications contenues dans la proposition du client, la signait et l'adressait à ce dernier pour la signer de même.

Quand l'assuré décédait ou éprouvait un accident avant d'avoir signé sa police, quand la signature de l'assuré semblait suspecte à l'assureur, ne pouvait-on prétendre la Compagnie engagée par les consentements certainement échangés déjà ? Il était peu probable qu'en convenant, selon l'usage, de rédiger une police, les parties aient entendu retarder, jusqu'à ce moment, la formation du lien de droit, s'étant déjà longuement expliquées par écrit. Aussi la jurisprudence avait-elle déclaré voir, dans la proposition détaillée, signée de l'assuré, une véritable offre de convention devenant un contrat par l'acceptation la Compagnie attestée de façon quelconque, un avis de son inpecteur à l'assuré par exemple (Req., 17 octobre 1988, S. 1930.1.20).

Voici plus embarrassant : quand, après échange de correspondances, un assuré, comme conclusions, adressait à l'assureur une lettre proposant telle modification à son contrat, que l'assureur n'avait aucun motif ni d'intérêt précuniaire, ni de simple convenance personnelle, à rejeter sa demande, pouvait-on considérer comme acceptées les modifications proposées par cela seul que l'assureur ne les avait pas expressément repoussées à bref délai ? Ici la jurisprudence reculait devant pareille solution (Trib. Lyon 26 nov. 1921 et Lyon 16 mars 1922, *J. Assurances*, 1922, p. 127 et 338).

Toutes ces difficultés s'élevaient journellement quant aux polices d'assurances-accidents ou maladies souscrites par des médecins ou chirurgiens, à raison des continuelles variations survenant dans les risques de leur profession.

D'après la loi nouvelle, la rédaction d'une police est en principe indispensable à la preuve du contrat. Toutefois, la remise à l'assuré d'une simple « note de couverture », par l'assureur, engage définitivement celui-ci (loi 13 juil. 1930, art. 8, §§ 1 et 3). La loi ne définissant pas ce qu'on doit entendre par « note de couverture », on peut englober dans cette expression tout écrit avisant l'assuré de l'acceptation par l'assureur de ses propositions.

S'il s'agit de modifier un contrat déjà signé, la loi nouvelle va plus loin encore, en se contentant parfois du silence de l'assureur. La proposition de modifier une police déjà en vigueur est-elle faite par lettre recommandée de l'assuré, où bien demande-t-il ainsi la remise en vigueur d'un contrat suspendu, le consentement de l'assureur est présumé s'il n'a formellement rejeté ces propositions dans les dix jours (art. 7, § 1er).

### § 2. — Des obligations de l'assuré.

Outre celle de renseigner en contractant l'assureur des risques dont il demande garantie, les principales obligations de l'assuré sont au nombre de trois : payer sa prime, déclarer les aggravations de risques survenant en cours de contrat, aviser l'assureur du sinistre dans le délai énoncé.

Les deux dernières soulevaient de fréquentes difficultés aux médecins : à quel moment les risques de leur art s'étaient-ils tellement aggravés qu'une déclaration à l'assureur fût indispensable ? Quand, victimes de leur devoir ou accaparés par leurs malades, ils ne pouvaient, en temps utile,

déclarer les sinistres survenus, encouraient-ils nécessairement déchéance ?

1° Pour concrétiser les idées, supposons un médecin ayant contracté une assurance contre les accidents pouvant l'atteindre et les maladies pouvant lui survenir dans l'exercice de son art. Est-il donc obligé de faire à son assureur une déclaration à chaque épidémie, ou chaque fois qu'il se rend dans une commune nouvelle, ou chaque fois qu'il soigne un nouveau client ? Ce sont aggravations inhérentes à l'art de guérir; l'assureur doit les prévoir d'avance et ne saurait donc se plaindre d'une absence de déclaration. Nous pourrions tirer un argument d'analogie d'un arrêt concernant l'assurance d'un pharmacien contre l'incendie. Certes les risques du feu sont extrêmement variables selon les manipulations auxquelles il se livre ; mais un assureur doit prévoir d'avance même les plus dangereuses (Cass., 17 mars 1880, S. 80.1.272).

La loi nouvelle est encore plus large, n'obligeant à déclarer à l'assureur que « circonstances spécifiées dans la police qui ont pour conséquence d'aggraver le risque » (art. 14, § 3).

2° Les polices antérieures d'assurances contre les accidents individuels obligeaient, en cas de sinistre, l'assuré :

*a*. A faire parvenir dans les huit jours à l'assureur une déclaration contenant ses nom, prénoms, âge et domicile, les circonstances et lieu de l'accident, les noms et adresses des témoins ;

*b*. A transmettre dans le même délai un certificat du médecin qui lui avait donné les premiers soins, relatant la nature et les suites probables de l'accident.

L'inaccomplissement de ces formalités dans la huitaine entraînait déchéance de tout droit à indemnité. Trouvant cette solution draconienne et partant du principe de bon sens qu'à l'impossible nul n'est tenu, la jurisprudence admettait que tout fait étranger à la volonté de l'assuré, mettant obstacle à l'accomplissement de ses obligations en temps utile, relevait de la déchéance. Cette exemption pouvait au besoin provenir de l'état même de la personne assurée : notamment, nulle déchéance quand l'obstacle à la déclaration de l'accident provenait de la prostration morale et des souffrances physiques prolongées qu'il avait causées (Req. 9 déc. 1903, S. 1904.1.387).

La loi nouvelle confirme que la déchéance prévue par le contrat pour retard de déclaration du sinistre ne peut être opposée à l'assuré justifiant avoir été empêché, par cas fortuit ou force majeure, de déclarer le sinistre dans le délai convenu (art. 15, § 4).

D'autre part, nulle déchéance conventionnelle n'est plus licite pour retard dans la production des pièces justificatives, sauf le droit de l'assureur à indemnité pour dommage résultant de lenteurs injustifiées de l'assuré (art. 24, § 2).

### § 3. — Obligations de l'assureur.

La principale obligation de l'assureur consiste à indemniser l'assuré du dommage dont l'assurance a pour but de le garantir. Si nous supposons une assurance contre accidents individuels ou maladie, l'assureur doit indemniser l'assuré des infirmités ou incapacités résultant d'accident ou maladie. Pas de difficulté quand l'accident ou la maladie provient d'un fait complètement indépendant de l'assuré. Dans le cas contraire, l'assureur n'était obligé que si le fait du médecin n'était pas intentionnel ou tellement imprudent qu'il fît présumer l'intention de provoquer le dommage. Sujet de continuelles discussions, l'exercice de la médecine voulant que le médecin s'expose chaque jour à de nouveaux dangers. Les polices prévoyaient qu'on ne considérerait pas comme blessure volontaire l'inoculation, infection ou piqûre anatomique résultant, pour un médecin, d'opérations chirurgicales, autopsies ou travaux de dissection.

La jurisprudence allait plus loin en condamnant l'assureur à payer même au cas d'omission de précautions antiseptiques à la suite d'éclaboussures par jet de pus ayant amené un phlegmon, entendant ainsi n'écarter les dangers courus par exercice professionnel que si l'imprudence équivaut au dol (Trib. Seine, 17 mai 1893, *Gaz. Trib.*, 17 juin).

C'est la solution que confirme la loi nouvelle, n'affranchissant l'assureur de l'obligation d'indemniser que les dommages provenant de fautes intentionnelles ou dolosives (art. 12). Ce genre de fautes consiste uniquement à s'exposer à un danger dans le seul but de toucher de l'assureur l'indemnité convenue, fraude n'ayant évidemment rien de commun avec les risques de l'exercice de la médecine.



# VARIÉTÉS

## LES CONCEPTIONS DE L'ITALIE MODERNE EN FAIT DE CONSTRUCTIONS SANATORIALES

Par le Dr M.-A. CAYREL

Ancien chef de Clinique médicale à l'École de médecine de Rouen, Médecin du Consulat général de France à Milan.

La loi sur l'assurance obligatoire contre la tuberculose, promulguée par le Gouvernement national fasciste, peut être considérée comme un effort original et considérable dans la lutte sociale contre cette maladie.

Il est difficile de deviner les résultats que donnera l'assurance obligatoire contre la tuberculose, première étape sur la voie de l'Assurance générale contre la maladie.

Mais cette loi a nécessité l'adoption immédiate d'un plan d'armement antituberculeux, surtout sanatorial, qui s'exécute actuellement avec l'activité et la rapidité qui caractérisent dans tous les domaines l'effort et la volonté de l'Italie moderne.

Aussi j'ai pensé qu'il n'était pas indifférent de relater ici les données détaillées qu'a fournies sur les constructions sanatoriales, dans une brillante conférence faite récemment à Milan, l'honorable Dr Morelli, professeur à l'Université de Rome et président de la Caisse nationale d'assurance contre la tuberculose. Nul ne pouvait être mieux placé pour traiter ce sujet que celui à qui a été confiée par le chef du gouvernement la mission très lourde d'édifier, dans le minimum possible de temps, des constructions sanatoriales susceptibles de contenir un total de 20 000 lits.

Un crédit de 500 millions de lires a été mis à la disposition de la Caisse nationale pour cette œuvre considérable.

La création d'une quantité telle de sanatoria demandait une étude approfondie, car il s'agissait d'édifier une œuvre durable et répondant aux données les plus modernes et les mieux éprouvées, tout en se maintenant dans la limite des crédits fixés.

Une commission de phtisiologues, d'hygiénistes, d'ingénieurs, d'architectes fut créée et se mit à étudier attentivement les œuvres sanatoriales des divers pays. L'Italie profite ainsi de l'expérience acquise ailleurs depuis tant d'années et comme, avant le Gouvernement fasciste, bien peu existait en fait de sanatoriums, on peut aujourd'hui bâtir un ensemble répondant à une unité de vues parfaite et à une conception très rationnelle et très moderne.

Un pavillon sanatorial expérimental a même été édifié, dans lequel on a essayé les modèles de chambre, de véranda, les divers matériaux de revêtement, les divers modes d'illumination, d'aération, etc.

Aujourd'hui, grâce aux commandes globales de matériel nécessaire pour une aussi vaste entreprise, grâce à l'unité de direction, on a pu abaisser le prix normal de 35 000 lires, qui représente le prix ordinaire d'un lit de sanatorium, à 25 000 lires environ. Et le président de la Caisse nationale estime pouvoir, avec le crédit qui lui est accordé, faire peut-être 22 000 lits au lieu de 20 000. Actuellement 10 000 lits ont déjà été créés ; on compte en avoir 14 000 en 1931 et au moins 20 000 en 1934.

Il ne faut pas croire que les économies réalisées dans le prix de construction l'aient été aux dépens du bien-être des malades, de la beauté des constructions, etc. Les sanatoriums déjà édifiés ou en projet font vraiment honneur au pays et sont même presque trop luxueux, si on peut dire.

Une question particulièrement importante à résoudre avec justesse a été celle du nombre, de la position, de la nature des sanatoriums (plaine, moyenne altitude, montagne, etc.).

La conception qui a été adoptée consiste en la création de sanatoriums de plaine, de moyenne capacité, si possible un par province, et de sanatoriums de montagne de grande capacité, moins nombreux, interprovinciaux.

Le sanatorium de plaine est destiné à recevoir les formes confirmées, graves ou incurables, à soigner et même à guérir, à appliquer tous les traitements ; c'est en quelque sorte un sanatorium de triage.

Le sanatorium de montagne est réservé, bien entendu, aux formes initiales ; il est de grande capacité de façon à diminuer la forte dépense des installations en région montagneuse. L'on pense que les formes initiales deviendront toujours plus nombreuses par rapport aux formes avancées à mesure que les progrès de la science, de l'hygiène sociale, du diagnostic précoce et de la thérapeutique feront diminuer les manifestations les plus graves de la maladie.

***

Le sanatorium de plaine, au moins un par province, sera établi au voisinage du plus grand centre, en général le chef-lieu, à quelques kilomètres de la grande ville. On a trouvé plus d'avantages que d'inconvénients à ne pas mettre trop loin des grands centres ces sanatoriums, car il faut que les malades trouvent pour y accéder des voies et des moyens de communication rapides et faciles ; il faut que les parents puissent y venir facilement, car au fond c'est un moyen d'empêcher que le tuberculeux ne soit retiré dans les derniers temps de sa maladie, au moment où il est le plus

dangereux. L'emplacement a été choisi, en accord avec les autorités provinciales, en des points qui répondent à l'édification de n'importe quel établissement de cure, hôpital ordinaire, asile d'aliénés, etc. avec l'arrière-pensée que si, un jour, la tuberculose devait céder devant les progrès de la science, ces énormes bâtiments puissent servir à n'importe quelle branche de l'assurance-maladie ou de l'assistance sociale.

On a résolument abandonné la conception trop coûteuse des pavillons séparés à un étage, car on voit à l'étranger (Amérique) des sanatoriums à sept et dix étages ; la plupart des sanatoriums privés comportent du reste plusieurs étages. On a cherché, augmentant le nombre des étages, à utiliser au maximum les moyens de mécanisation pour diminuer le travail manuel, les allées et venues de personnel, la perte de temps, la dissémination des contages par transport de linge souillé, etc. On a donc multiplié les ascenseurs et les monte-charges (mouvements en hauteur) et les moyens de distribution horizontaux (tracteurs, wagonnets, etc.).

L'orientation est celle généralement adoptée (sud-est) pour la façade occupée par les vérandas. On distingue un type sud ayant l'entrée sur la façade des vérandas et un type nord où l'entrée est sur la façade opposée.

On a fait varier l'architecture extérieure suivant le caractère architectural de chaque province — car, étant donnée, la richesse de l'Italie en monuments, les styles varient suivant les régions — et ceci non seulement pour être agréable aux autorités provinciales, mais encore pour que le sanatorium ne fasse pas tache, ait un aspect familier et accueillant, ne choque pas le sens intime des habitants, les engage à s'y réfugier en cas de besoin.

On a de même renoncé à faire des sanatoriums d'hommes et des sanatoriums de femmes. Le même établissement reçoit les deux sexes. Mais la séparation absolue est réalisée dès la porte d'entrée. Cette combinaison a permis de grouper les services généraux et de réaliser des économies.

L'organisation des services généraux offre certaines particularités intéressantes.

C'est ainsi que la buanderie, située dans les sous-sols, reçoit directement le linge souillé des divers services situés aux étages à travers des canalisations directes qui amènent ce linge sans manipulations jusqu'aux cuves de lavage et de désinfection. A la buanderie est adossée la lingerie-vestiaire, et le linge est distribué directement par monte-charges aux divers services.

Les services généraux sont uniques pour l'ensemble du sanatorium, mais pour certains d'entre eux existe une sorte de régime mixte. Il existe par exemple une cuisine centrale de préparation des aliments bruts (épluchage, lavage, découpage et distribution), et autour de cette cuisine, en contiguïté, sont groupées les cuisines de cuisson et d'accommodement de chaque service, de façon que chaque cuisinier soit responsable de son service. Les aliments sont de là distribués rapidement par monte-charges dans les diverses parties de l'établissement.

Le réfectoire est double, un pour chaque sexe ; toutefois des cloisons amovibles permettent de transformer les deux réfectoires en une grande salle destinée aux représentations théâtrales, cinématographiques, etc. Ces représentations sont évidemment organisées par sexes séparés.

Le sanatorium se compose d'un corps de bâtiment très allongé, rectiligne, qui contient les chambres de malades, lesquelles regardent toutes vers la façade ensoleillée. Un long et large corridor permet une facile surveillance et des communications rapides. Aux deux extrémités du corps de bâtiment existent deux ailes où sont établies les chambres d'isolement, les services médicaux et administratifs, etc.

Le jardin est très vaste, sur le type du parc ; on a renoncé aux vérandas dans le jardin et adopté le type de vérandas attenantes aux chambres.

Celles-ci sont de six lits ; elles s'ouvrent d'un côté très largement sur le corridor central et de l'autre, par une ouverture de 4 mètres, sur la véranda. Un ingénieux système permet, en ouvrant cette porte, d'en rabattre les battants sur la véranda elle-même, créant ainsi des sortes de boxes. Cette ouverture très large donne, avec celle du couloir, une grande luminosité aux chambres et un caractère aérien très particulier. La surveillance en est rendue plus facile. Elle permet, en cas de pluie, de retirer un peu les chaises longues en arrière tout en profitant de l'air et de la lumière.

Des chambres d'isolement à un lit (un lit d'isolement pour 5 lits ordinaires) existent dans les ailes du sanatorium.

Si leur exposition est moins bonne, leurs qualités hygiéniques (luminosité, véranda, etc.) ne sont pas négligées, afin que les malades graves qui les habitent n'aient pas l'impression d'être abandonnés.

Les infirmières, auxquelles on tient à faire une position morale bonne, ont chacune leur chambre.

Les services médicaux sont groupés de façon qu'aucune perte de temps n'ait lieu pour les examens de malades et que les diverses salles (laboratoire, consultation, radioscopie, etc.) offrent le maximum de commodité et une utilisation

complète et rapide des moyens scientifiques d'investigation et d'observation.

Le sanatorium ne possède pas de toit ; une terrasse le remplace, terrasse couverte au moins en partie. On a pensé, en effet, que le toit coûtait cher et restait inutilisable. La terrasse couverte sert fort bien, les jours de pluie, pour le séjour de promenade, lorsque le jardin est impraticable. De plus, l'absence de toit permet d'agrandir à peu de frais, en surélevant d'un étage les diverses parties du sanatorium.

Le sanatorium de plaine constitue ainsi un tout homogène, très étudié dans les détails de technique architecturale, dans la mécanisation des moyens de transport et de distribution des objets et du personnel, dans la simplification et le rendement des services généraux comme dans les parfaites conditions d'hospitalisation. Les trouvailles les plus modernes en fait de construction sanatoriale y ont été mises à exécution. Les assurés de la Caisse nationale contre la tuberculose y peuvent trouver des conditions de confort au moins égales à celles des meilleurs sanatoriums privés.

***

Le sanatorium de demi-altitude n'a pas été envisagé, car dans plusieurs provinces d'Italie le chef-lieu se trouve normalement à plusieurs centaines de mètres au-dessus du niveau de la mer.

Le sanatorium de montagne a été conçu pour recevoir un grand nombre de malades. Il est bâti pour suffire à deux ou plusieurs provinces. En raison du prix très élevé de la construction et des frais d'entretien en haute montagne, on a dû arriver à cette conception nécessaire.

Mais il a été ici possible de concevoir des sanatoriums à type extensible, si on peut dire, en choisissant des endroits appropriés susceptibles de recevoir, autour d'un pavillon central de services généraux, un nombre plus ou moins grand de pavillons séparés (à deux, trois, quatre étages et plus), nombre qui pourra être augmenté au besoin.

Il faut noter qu'en montagne, à cause de la dénivellation, l'on ne peut, comme dans les sanatoriums de plaine, utiliser les sous-sols comme tunnels de communication et de transport du matériel. Par conséquent, les communications en ligne horizontale doivent être remplacées par de plus nombreuses communications en ligne verticale.

A ce sujet, il est intéressant de noter la solution élégante adoptée pour la distribution des aliments. La conception de la cuisine-noyau de préparation, avec cuisines satellites pour les divers pavillons, a été conservée. Mais pour distribuer les aliments à ces pavillons distants les uns des autres, on a envisagé de faire monter mécaniquement jusqu'à la terrasse du pavillon central les caisses hermétiques et thermostables contenant les aliments préparés et de les distribuer de là à chaque pavillon au moyen de lignes téléphériques. Ainsi en moins de quelques minutes les aliments passent du pavillon central aux malades. Si l'on tient compte de la difficulté de circuler en montagne, avec la neige, entre les divers pavillons, on verra que la solution du problème est la moins coûteuse, la moins pénible, la plus rapide.

Le sanatorium de montagne, destiné à recevoir 1 500 à 2 000 lits et même plus, finira par constituer avec ses divers pavillons une sorte de village sanatorial. Ces établissements sont destinés à recevoir les seules formes de début, et on peut en prévoir l'importance en pensant que les progrès du diagnostic précoce permettront de voir ces formes augmenter petit à petit aux dépens des formes graves.

En attendant l'édification des sanatoriums par la Caisse nationale, il a été nécessaire dans certains centres ouvriers importants, où il fallait abriter aussitôt l'assuré obligatoire, de créer des petits sanatoriums provisoires. Un de ceux-ci, modèle du genre, a été installé à Legnano (Milan) ; cette construction peut être ensuite disloquée et transportée ailleurs.

Certains se sont même demandé si ce n'était pas là l'idéal dans la construction sanatoriale : des bâtiments suffisamment confortables, pouvant être utilisés en des endroits divers, pouvant être multipliés sans grandes dépenses au lieu des énormes sanatoriums coûteux et presque trop luxueux, ne serait-ce pas en effet la solution la plus économique et la plus pratique en cette matière?

***

Je ne veux pas terminer le compte rendu de la conférence du professeur Morelli sans dire un mot des œuvres post-sanatoriales, à peine instituées, à cause de l'idée qui préside à la qualité du travail dans ces institutions.

La Caisse nationale a reçu des dons généreux de particuliers ou d'organisations provinciales ou communales : châteaux, villas, terrains, pour la création des œuvres post-sanatoriales. L'on sait l'utilité générale de ces institutions ; dans le cas particulier, il ne faut pas que l'individu ren-

voyé du sanatorium retombe malade à brève échéance parce qu'il a repris son travail sans ménagement. Assuré obligatoire, il serait tenté de conserver quelque amertume envers la société et envers la Caisse nationale. Il passera donc par la colonie post-sanatoriale où on essayera sa capacité de travail.

La colonie de travail post-sanatoriale sera conçue pour être un centre de fourniture et un atelier de réparation pour le sanatorium. On a noté avec raison que le public achète difficilement — peut-on lui en faire un reproche? — le produit du travail du tuberculeux. Ici le produit du travail du tuberculeux guéri ou en voie de guérison ira à ses frères encore malades ; la colonie fera la culture des fruits, il y aura une organisation laitière, des ateliers de réparations pour chaussures, menuiserie, serrurerie, fer, literie, etc. Le sanatorium pourra puiser dans sa colonie une partie de ce qu'il lui faut, et l'individu (qui passé à la colonie coûte 5 lires de moins par jour) rapportera en outre par son travail un certain bénéfice sous forme de tribut de reconnaissance au sanatorium qui l'a soigné.

Au-dessus de cette œuvre immense entreprise par la Caisse nationale d'assurance contre la tuberculose, l'on a créé un énorme centre d'études scientifiques, à Rome, pour la tuberculose et les maladies pulmonaires. C'est l'Institut Benito Mussolini, dont les membres du récent Congrès international de technique sanitaire ont pu voir la maquette dans un des pavillons de la Foire de Milan. La conception de ce centre d'études où l'on aura rassemblé tout ce que la science moderne possède à cet égard répond certainement à un besoin. Ici toutes les maladies du poumon, fréquentes ou rares, seront étudiées avec minutie, la tuberculose conservant bien évidemment la place que lui a malheureusement acquise sa gravité et, pour le rappeler, sera érigée sur la place devant l'Institut la statue, élevée par souscription internationale, d'un de ceux qui ont fait le plus pour lutter contre le fléau : le grand Forlanini.

---

## UNE IDÉE BIEN FRANÇAISE
## LES CAMPS THERMAUX EN 1931

M. Fernand BOUISSON, président de la Chambre des députés, a inauguré à Luchon, le 8 août 1931, l'un des trois premiers camps thermaux et climatiques, fondés par M. le ministre de la Santé publique.

Notre journal a été parmi les premiers de la grande presse spécialisée, à mener une ardente campagne en faveur des Enfants aux Eaux minérales. Aussi bien, sommes-nous tout heureux de pouvoir donner à nos fidèles lecteurs la primeur du fonctionnement de cet organisme si profondément attachant.

Pendant douze années, avec notre confrère et ami, le Dr Meillon, nous avons porté au sein des fédérations, la nécessité qu'il y avait de conduire aux Eaux minérales le plus grand nombre d'enfants possible. Le grand doyen de la Faculté de Paris, M. le professeur Landouzy, n'avait-il pas professé : « *L'enfant doit être le grand bénéficiaire et de nos Eaux et de nos climats* ».

L'enfant, n'est-il pas vrai, est le champ clos où se mesurent, dans un corps à corps terrible, toutes les hérédités... Or, avant que l'enfant ne soit la victime de ces hérédités morbides, n'a-t-on pas le pouvoir de transformer son terrain, de modifier ses diathèses ? Les sources magiciennes dont parlait un jour notre ami, M. Paul Hauchecorne, sont le médicament idéal, sont *la lymphe vivante* qui régénérera la race par la combinaison insoupçonnée d'éléments infiniment petits, donc infiniment puissants.

Mais qui donc conduira à nos eaux, à nos climats, les 400 000 enfants qu'une enquête rigoureusement menée donne comme justiciables de nos villes de santé ? quel sera le levier qui, poussant en avant la grande machine de l'hygiène sociale, créera enfin, en France, *une politique thermale et climatique*, base de l'organisation du thermalisme social ?...

Et voici que le ministre de la Santé publique, M. Blaisot, suivant en cela l'opinion de son prédécesseur, M. Désiré Ferry, a créé, au printemps de cette année 1931, *trois camps thermaux, trois colonies thermales* : le MONT-DORE, CAUTERETS et LUCHON ont été les trois stations élues.

Bien que nous ne puissions donner que des résultats provenant de la première enquête à laquelle nous nous sommes livrés, ils sont tellement encourageants que dès maintenant il nous est possible de dire que la partie est gagnée.

Cauterets a reçu, *sous la tente*, près de 300 enfants. Le Mont-Dore, d'après les ordres du ministre, organisait son camp sous baraquement avec une centaine d'enfants, tandis que celui de Luchon fonctionnerait en abri fixe : 60 enfants.

Nous devons rappeler ici que M. le ministre Gaston Gérard, M. Daniel Baqué, son chef de cabinet, M. le député Ducos, aidés par M. le Dr Dequidt, président général de l'œuvre des colonies de vacances, apportèrent tout leur dévouement à la réalisation de l'œuvre.

M. Fernand Bouisson, président de la Chambre des députés, voulut bien inaugurer le camp thermal de Luchon. Nous croyons résumer l'œuvre commune en reproduisant ici une partie de l'éloquent discours que M. Pierre de Gorsse, avocat à la Cour de Toulouse et adjoint au maire de la ville, prononça en cette mémorable circonstance :

*« A la vieille formule de la colonie de vacances qui, pendant des générations, a permis aux enfants de France de respirer plus d'air pur, mettant dans leurs poumons un peu plus de vie et dans leurs cœurs un peu plus de soleil, s'est substituée une forme nouvelle qui, grâce à la proximité*

---

## VARIÉTÉS *(Suite)*

*des sources thermales et au concours de médecins autorisés, vient joindre aux bienfaits de l'air et du soleil le profit inexprimable d'une cure hydro-minérale.*

*« Par l'organisation d'hospices thermaux, mettre à la portée de ceux que leurs moyens en éloignent, les améliorations d'une cure thermale et par là rétablir la déficience d'une santé ébranlée : c'est bien. Mais par l'organisation de camps semblables à celui-ci faire concourir tous les éléments de la Nature, savamment amalgamés, pour créer chez de jeunes enfants un large capital de santé, leur permettre ainsi d'affronter victorieusement toutes les fatigues de la vie, cela est mieux encore... »*

Après que M. le préfet, M. le député Ducos, M. Daniel Baqué, M. le médecin général Lafforgue, directeur du Service de santé, et nous-même eûmes dit ce qu'il convenait de dire, ce fut au tour de M. le président F. Bouisson de prendre la parole. On sait quel orateur est le président de la Chambre des députés.. On sait aussi tout l'intérêt qu'il apporte aux idées sociales... Et M. le Président de rappeler combien les débats à la Chambre des députés, lors de la séance du 5 février 1931, avaient été facilités par ce fait que, de l'extrême droite à l'extrême gauche, tous ses collègues s'étaient ralliés à la motion qui avait été proposée : l'extension d'une politique des colonies de vacances à celle des camps thermaux que MM. Durafour et Borel venaient de développer.

M. Fernand Bouisson, se tournant vers tous ses collègues présents, prit l'engagement de demander des crédits additifs « afin que, dans la France entière, *auprès de toutes les stations où la chose serait possible,* il puisse être organisé des camps analogues à celui de Luchon ».

Le Ct Fabre, fondateur des camps de vacances, a été chargé, par la Fédération nationale thermale et climatique, de l'organisation pratique des camps thermaux. On peut féliciter cet homme admirable pour tout le bien qu'il va continuer à faire.

Oui, la partie est gagnée contre tous ceux qui ont lutté — au nom de raisons qui n'en sont pas — et que nous répudions — contre notre conception des camps thermaux. Cette année 600 enfants, l'an prochain 6 000 enfants seront envoyés à nos Eaux et par elles et par le camp thermal régnera plus de santé, plus de joie, plus de justice sous le beau ciel de notre terre de France.

Dr MOLINÉRY,
Directeur des Établissements thermaux de Luchon,
Rapporteur des camps thermaux auprès de la Fédération nationale thermale et climatique.

## LA MÉDECINE AU PALAIS

**RESPONSABILITÉ ET ACCOUCHEMENTS** *(Suite)*

M. d'Erceville reprochait encore au Dr Bouffe de Saint-Blaise la négligence de n'avoir pas pratiqué lui-même la transfusion sanguine.

Or, sur ce point, les médecins défendeurs faisaient valoir que cette médication ne s'administre régulièrement que dans certains hôpitaux ; qu'elle comporte une intervention qui, sans être délicate, était en 1929 l'apanage de quelques spécialistes qui, en dehors de leurs compétences spéciales, avaient à leur disposition des donneurs de sang.

De plus, le tribunal a retenu qu'on ne peut transfuser sans inconvénient n'importe quel sang ; qu'il faut donc au préalable étudier l'affinité du sang, choisir le donneur après avoir apprécié si le sang qu'il va donner a des propriétés qui conviennent à l'état de la malade.

Le tribunal a donc estimé qu'on ne pouvait considérer comme une faute caractérisée le fait par les médecins de n'avoir pas, par eux-mêmes, pratiqué la transfusion du sang.

Par conséquent, le tribunal a apprécié que les médecins avaient rempli leur devoir professionnel, l'un en prescrivant par téléphone la médication qui s'imposait ; l'autre en faisant appel successivement à deux spécialistes réputés ; alors surtout qu'en 1929, malgré la création de l'œuvre dite «La transfusion sanguine d'urgence», il n'existait aucun service régulier de permanence pour fournir des médecins spécialisés et des donneurs de sang susceptibles de fournir un sang convenable à chaque malade.

En définitive, le tribunal a déclaré que M. Erceville ne rapportait pas la preuve du fait affirmé dans son assignation, que le décès de sa femme ait été la conséquence d'une faute ou d'une négligence commise par les médecins ou par l'un deux.

Ce jugement, qui a été rendu par la première Chambre du tribunal de la Seine le 22 avril 1931 (*Gaz. Trib.*, 21 juillet 1931), est ainsi libellé :

« Le tribunal,

« Attendu que dans la matinée du 24 juillet 1929 le Dr Bouffe de Saint-Blaise, rendant visite à sa cliente, la dame d'Erceville, qui était au terme de sa huitième grossesse, a constaté que l'enfant se présentait de façon anormale, et qu'une opération césarienne s'imposait de toute urgence;

« Attendu qu'en plein accord avec la malade et son mari, une voiture d'ambulance transporta la dame d'Erceville, vers 14 heures, à l'Hôpital américain de Neuilly ;

## LA MEDECINE AU PALAIS *(Suite)*

« Attendu que l'opération césarienne pratiquée peu après 17 heures amena la naissance d'une fille actuellement vivante ;

« Attendu qu'une injection de sérum physiologique ranima les forces de l'accouchée, dont l'état parut à ce point satisfaisant, que le Dr Bouffe de Saint-Blaise et le sieur d'Erceville quittèrent ensemble l'Hôpital américain à 18 h. 45 ;

« Attendu que, revenu une heure plus tard, le mari put s'entretenir avec sa femme ;

« Mais attendu que brusquement, vers 20 heures, la malade, prise de faiblesse, se trouva dans une situation inquiétante ;

« Attendu que, prévenu par téléphone, le docteur Bouffe de Saint-Blaise ordonna de pratiquer une transfusion sanguine et annonça qu'il passerait dans la soirée ;

« Attendu que la direction de l'Hôpital américain téléphona au spécialiste réputé, le Dr Jubé, qui, par malheur, était absent et dont l'hôpital paraît avoir escompté le prochain retour annoncé par le secrétaire du médecin ;

« Attendu enfin que la direction de l'hôpital se mit en communication avec le Dr Tzanck, qui arriva avec son donneur de sang, le Dr Paris, vers 22 h. 30, et pratiqua l'opération de la transfusion, qui fut terminée à 22 h. 55, quelques instants avant l'arrivée du Dr Bouffe de Saint-Blaise ;

« Attendu que, malgré la transfusion sanguine, la dame d'Erceville décéda à 23 h. 30 ;

« Attendu que son mari, prétendant que la mort eût pu être évitée et qu'elle est le résultat d'une série de négligences commises par les médecins et par la direction de l'hôpital, demande au tribunal de condamner les Drs Bouffe de Saint-Blaise et Tzanck, ainsi que l'association de l'Hôpital américain de Neuilly conjointement à lui verser un franc de dommages-intérêts pour lui-même, et 1 05 0000 francs pour ses sept enfants vivants, à raison de 150 000 francs pour chacun d'eux ;

« Attendu qu'avant toute discussion il importe de préciser que le demandeur n'impute aux trois défendeurs aucun acte d'impéritie professionnelle, mais uniquement un défaut d'organisation, des négligences et une imprévision qui seraient inexcusables ;

« Attendu qu'il soutient, sans pouvoir d'ailleurs l'établir, que dès le matin le Dr Bouffe de Saint-Blaise lui aurait parlé de l'éventualité d'une transfusion sanguine, d'où le sieur d'Erceville tire cette première conséquence que le médecin est

**(Voir la suite à la page X.)**

# LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

coupable de n'avoir pas tout prévu et tout organisé dès le moment du transport de la malade à Neuilly ;

« Attendu que le demandeur reproche, en outre, au même médecin de n'être revenu à l'hôpital qu'à 23 heures, alors qu'averti de l'état critique de la malade depuis 20 h. 15, il ne pouvait ignorer que la transfusion sanguine est une question non pas d'heures, mais de minutes ;

« Attendu que le sieur d'Erceville fait ce même reproche de retard et de négligence à la direction de l'Hôpital américain et au Dr Tzanck ;

« Attendu qu'avant tout examen des responsabilités, il est nécessaire de rechercher : 1° si la cause de la mort peut être déterminée ; 2° si l'opération césarienne comporte la prévision habituelle d'une transfusion sanguine ;

*(A suivre.)*

ADRIEN PEYTEL,
*Avocat à la Cour d'appel.*

---

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

### LE IIe CENTENAIRE DE LA FONDATION DE L'ACADÉMIE ROYALE DE CHIRURGIE

En présence de M. Doumer, Président de la République, et de M. Landry, ministre du Travail, remplaçant M. Blaisot, ministre de l'Hygiène, absent de Paris, l'Académie de médecine a tenu, le 7 octobre, une séance solennelle consacrée à la commémoration du deuxième centenaire de la fondation de l'Académie royale de chirurgie.

M. le professeur de Lapersonne, président, retrace l'historique de la fondation de cette savante compagnie par Louis XV, bien conseillé par les chirurgiens Mareschal, Lapeyronie et La Martinière, et qui s'appela tout d'abord Société académique des chirurgiens de Paris. Sa première séance eut lieu le 18 décembre 1731. J.-L. Petit était le premier directeur de cette Société, dont le plus grand animateur fut Louis, son secrétaire perpétuel pendant plus de vingt ans. A la fondation de l'Académie de médecine, en 1820, la majeure partie des fonctions et prérogatives de l'ancienne Académie de chirurgie lui fut attribuée. Ses archives, volumes et pièces manuscrites furent transportés plus tard de la rue des Saints-Pères dans l'hôtel actuel de la rue Bonaparte. C'est là que le professeur Lenormant, érudit chirurgien, épris de tous ces souvenirs du passé, a fait, avec l'aide du Dr Maurice Genty, le savant bibliothécaire de l'Académie de médecine, une riche moisson de documents exposés, pour la circonstance, dans la Galerie des Bustes.

M. le professeur Lenormant remercie le bureau de l'Académie de médecine d'avoir associé à cette cérémonie la Société nationale de chirurgie de Paris. Académie et Société de chirurgie ont le droit de se considérer comme les héritières et les continuatrices de l'illustre compagnie fondée il y a deux siècles. Comme celle-ci, elles ont pour but le progrès de la science et de l'art, et pour moyen le travail en commun. Il expose quelle avait été l'évolution de la chirurgie en France dans les siècles précédents, et l'état de déchéance où elle se trouvait au début du XVIIIe siècle. Il rappelle comment et dans quel esprit fut créée l'Académie royale de chirurgie, quelle tâche lui fut proposée et de quelle manière elle s'en acquitta, en évoquant la figure de quelques-uns de ses membres les plus éminents.

« L'Académie royale de chirurgie, dit en terminant le professeur Lenormant, a été la première compagnie qui ait démontré l'utilité du travail collectif dans les sciences médicales. De telles institutions sont indispensables aux progrès de celles-ci. La preuve en est que, l'Académie royale disparue, le XIXe siècle vit renaître des sociétés analogues, s'inspirant de son exemple : l'Académie de médecine, sa fille aînée, puis la Société nationale de chirurgie de Paris, fille cadette, mais qui, uniquement consacrée comme elle à l'étude de la chirurgie, en a été plus directement la continuatrice ; et, plus récemment, les sociétés de chirurgie des grandes villes de province et la Société des chirurgiens de Paris, sans parler de l'Association française de chirugie. Chacune dans sa voie, avec les changements de méthode qu'ont apportés deux siècles de progrès, poursuit le but, maintient la tradition qu'avaient fixés les fondateurs de leur glorieuse ancêtre du XVIIIe siècle.

#### Discours du professeur J.-L. FAURE

M. le professeur Jean-Louis Faure relate, à son tour, ce que fut l'œuvre scientifique de l'Académie royale de chirurgie et quelle orientation, fondée sur l'observation et l'expérience, elle a donnée à cette science, œuvre dont la chirurgie moderne doit lui rester reconnaissante et qui doit suffire à sa gloire !

« L'Académie travailla pendant un demi-siècle. Mais les temps étaient révolus ! Une certaine lassitude se faisait sentir. Les grands protagonistes du début, convaincus de la grandeur de leur rôle, avaient disparu. Leurs successeurs, qui ne connaissaient plus les joies profondes du triomphe, qui avaient soutenu et enflammé l'esprit des Mareschal et des Lapeyronie, devenaient de moins en moins assidus, et, depuis 1774, aucun nouveau volume ne succédait au 5e tome des Mémoires !

« Et voici que, en quelques années, des événements prodigieux, qui devaient ébranler l'univers, se succédaient avec une rapidité foudroyante. Un monde nouveau surgissait sur les ruines de l'ancien monde, et pendant vingt-cinq ans, la France allait devenir la terre des héros, des martyrs, des prodiges et des catastrophes ! Elle vida jusqu'à la lie la coupe débordante de larmes et de sang ! Elle connut le désespoir et le vertige de la gloire ! Et la Révolution française, commencée par des esprits sincères et convaincus, continuée par des hommes qu'exaltaient jusqu'au délire les dangers de la patrie, mais qui surent mourir comme ils avaient su tuer, glissant aux catastrophes, et puis écrasée, mais relevée

et transportée à travers l'Europe et jusqu'aux confins de l'Asie par l'homme qui se disait — et qui fut en effet, — « le soldat de la Révolution », la Révolution française passa comme un cyclone, en balayant tout devant elle.

« L'Académie royale,qui ne demandait qu'à mourir, fut emportée dans la tourmente.

« Le 8 août 1793,Grégoire, au nom du Comité de l'instruction publique, déposait sur le bureau de la Convention nationale un rapport proposant la suppression de toutes les Académies, qu'il considérait comme des institutions inutiles. La Convention ayant adopté le rapport de Grégoire, l'Académie royale de chirurgie se trouva dissoute. Le 22 août, elle tenait sa dernière séance.

« Ah! sans doute, on pourrait discuter avec abondance sur l'utilité des Académies — et ce n'est pas ici le lieu de le faire. Il est en tout cas certain que, malgré ce qu'en pouvait penser la Convention, ou plutôt les Conventionnels qui n'avaient sur elle, comme il peut arrive. aux parlementaires de tous les temps, que des idéer imprécises, l'Académie royale n'avait pas été inutile-Mais on vivait dans un temps, on respirait une atmos sphère où presque tous pensaient qu'il fallait porter la hache dans les institutions de la vieille France !

« La République n'a pas besoin de savants », devait dire un peu plus tard, au défenseur de Lavoisier, le président du Tribunal révolutionnaire, ce Coffinhal que ces paroles eussent déshonoré, si son rôle de pourvoyeur du bourreau n'y eût déjà largement suffi !

« Lavoisier! Qui donc saura jamais le drame qui dut se jouer dans le cerveau de ce grand homme, conscient de son génie, et qui venait de révéler au monde les fondements de la chimie et de la physiologie modernes ? Quelle stupeur dans son âme stoïque, quel tumulte dans ses pensées, quelle révolte dans son cœur, pendant cette heure affreuse où, dans la charrette fatale, à travers la foule démente, il s'acheminait lentement vers cette place de la Révolution où les victimes apercevaient au loin, se dressant vers le ciel, les deux bras de la guillotine ! »

Que de grandeurs dans cette Histoire, mais aussi que d'atrocités !

Le professeur J.-L. Faure — s'éloignant un peu de son sujet — insiste, dans sa péroraison, sur l'importance des études de laboratoire, indispensables aux recherches nouvelles pour le bien de la science et de l'humanité.

« Mais il faut,dit-il, pour y parvenir, — et je tiens à le dire ici, à cette tribune, en un grand jour comme celui-ci, parce qu'il faut que ces choses-là soient dites — il faut pour y parvenir avoir des laboratoires dignes de ce nom, dans lesquels on puisse travailler, et travailler avec allégresse. Mais il faut aussi des travailleurs, et qui puissent vivre de leur travail !

« Or ceux qui,comme moi,ct comme beaucoup de ceux qui sont ici, ont couru de tous les côtés à travers le monde, savent ce qu'il faut penser des moyens de travail que la France met à la disposition de ses savants. Et si quelques-uns d'entre eux ont fait de grandes choses, — et même les plus grandes choses qui aient jamais été faites, — ce n'est pas grâce aux laboratoires qui leur avaient été donnés, mais malgré ces laboratoires et malgré les conditions désastreuses dans lesquelles ils étaient obligés de se livrer à leurs recherches.

« Et pour ne pas sortir de cette enceinte,d'Arsonval pourrait nous dire dans quelles conditions a travaillé Claude Bernard, que son laboratoire a tué ! Mme Curie pourrait nous dire dans quelles conditions misérables elle a, elle aussi, travaillé à côté de celui dont elle porte le nom et dont elle partage la gloire ! Et Roux, enfin, pourrait nous dire dans quelles conditions a travaillé Pasteur, et dans lesquelles il a lui-même fait de si belles choses, à côté du grand homme qui a changé la face de la terre et les conditions d'existence de l'humanité !

« On l'a dit bien souvent, mais je tiens à le redire ici, dans ces circonstances solennelles, parce qu'on n'a pas été entendu.

« Sans doute,quelques efforts ont été réalisés ; ils ne sont rien à côté de ce qu'il reste à faire. Oserai-je dire qu'il y a deux ou trois ans, les crédits des laboratoires de la Faculté de médecine de Paris, dont tout le monde connaît la situation, indigne des hommes qui les dirigent, ont été réduits de 200 000 francs. Tel fut le cadeau de Nouvel An des pouvoirs publics aux professeurs qui ont l'honneur d'appartenir à la première Faculté du monde. Je me demande comment il est possible que, dans un pays comme la France, de pareilles mesures puissent être prises, et quel en est le coupable, s'il est toutefois possible de le retrouver dans le maquis des paperasses et l'éparpillement des responsabilités ! Je m'accuse d'ailleurs, avec mes collègues, car nous aussi, nous avons été coupables, en acceptant cette mesure devant laquelle nous aurions dû refuser publiquement de nous plier !

« N'avons-nous pas vu quêter misérablement dans les rues pour les laboratoires de France ? Et ne sommes-nous pas réduits à accepter des secours qui nous viennent d'ailleurs de ces Messieurs Américains qu'une noble émulation entraîne à distribuer des centaines de millions pour les universités, les recherches scientifiques et les œuvres sociales de leur grand pays et des nations de l'Europe et du monde ?

« Cette situation humiliante,cette sorte de mendicité collective et presque officielle, doit cesser une fois pour toutes.

« Que ne ferait-on pas,je vous le demande, pour un pays comme la France, si l'Etat prenait enfin conscience de la nécessité de sortir de la condition misérable où nous nous trouvons aujourd'hui, et qui — tous ceux qui ont pu voir ce qui se passe au loin le savent aussi bien que moi — lui porte un préjudice incalculable dans l'esprit des autres nations ?

Qui ne sait ce qu'ont fait, aux jours tragiques de la guerre, ces hommes de laboratoire dont quelques-uns sont devant moi ! Ce sont eux qui ont vaincu la fièvre typhoïde, ce sont eux qui ont vaincu le tétanos, ce sont eux qui ont vaincu le typhus exanthématique — et la peste en Orient, et, dans une large mesure, le paludisme. Ce sont eux qui ont fait que, pendant toute la guerre, et malgré les conditions terribles de la dure vie des tranchées, il y avait aux armées moins de malades qu'il n'y en a, en temps de paix, dans les casernes. Un de nos collègues, qui a rempli avec honneur, pendant les jours tragiques, la lourde charge de diriger le service de santé, a pu dire que la France avait gagné la guerre avec ses


Dragées ADRIAN
AU CHLORURE
DE MAGNÉSIUM PUR
Tonique d'une puissance extrême régénérant les tissus empêchant l'évolution des tumeurs de toutes natures.
ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE - PARIS (3e)
AMINASE
ADRIAN
Chlorure de magnésium dissimulé et stabilisé


BILIVACCIN
PRODUIT DE LA BIOTHÉRAPIE
ANTICOLIBACILLAIRE
N° 1 — COLI PUR
N° 2 — COLI ENTEROCOQUE
N° 3 — COLI POLYVALENT
Se prend
par voie buccale
Littérature et Echantillons sur demande
H. VILLETTE
Pharmacien
131, Rue Cambronne
PARIS-15e
Téléph. :
Vaugirard 11-23
BILIVACCIN
ANTICOLIBACILLAIRE

# SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

blessés guéris et retournés au front. Quel eût été le sort de la patrie si, à côté des médecins, les chirurgiens n'avaient pas été là pour arrêter la mort ?

Ce sont eux encore, ce sont les hommes de laboratoire, dont le plus grand peut-être nous a quittés, qui ont organisé, et même quelquefois créé de toutes pièces, cette affreuse chimie des batailles.

« On engage des milliards dans des lois discutables, et que beaucoup jugent nuisibles, où la crainte de l'électeur a peut-être plus d'influence que le souci du bien public. On vote des millions et des millions et des centaines de millions pour soulager les victimes des catastrophes. On a raison. Mais quelle catastrophe plus terrible, si nous devions revoir les mauvais jours, que le martyre de la France ? On dépense 800 millions pour lancer à travers les mers, un cuirassé qu'un instant peut anéantir, mais qui pourrait aussi — on a failli le voir aux Dardanelles — changer le cours des événements et contribuer d'une façon décisive au salut du pays si l'étincelle avait allumé l'âme de certains chefs ! On a raison ! Mais qui pourrait penser que l'ensemble des savants de France, qui, de façon certaine, sont capables de rendre des services d'un ordre supérieur, n'ont pas plus de poids qu'un bateau dans la balance du Destin !

« Alors ! Alors ! comment ne comprend-on pas ? Comment ne voit-on pas, avec la clarté de l'évidence, qu'il est nécessaire pour la grandeur de la patrie, pour sa sécurité et peut-être pour son salut, de donner aux laboratoires de France les ressources dont ils ont besoin ?

---

# REVUE DES CONGRÈS

## LE DEUXIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL CONTRE LE RAT

Ce Congrès s'est réuni à Paris le 7 octobre sous la présidence de M. le professeur Marchoux.

La croisade contre le rat est ouverte et elle continuera avec intensité contre ces animaux dévastateurs nuisibles pour nos biens et pour notre santé.

Leur petite taille les oblige à une énorme dépense en chaleur animale qu'il leur faut compenser par une copieuse consommation de matières alimentaires. On calcule qu'un campagnol, pour ne parler que d'un rat des champs, absorbe par jour 20 grammes de blé, ce qui représente plus de 7 kilogrammes par an. Il fait sa récolte avant l'agriculteur et accumule dans son terrier bien plus de provisions qu'il n'en consommera.

Une femelle est apte à reproduire au bout de deux mois et peut faire six portées par an de six à douze petits. De sorte que, si les conditions sont favorables et la nourriture abondante, un couple peut, en un an, donner plus de trois millions de descendants. On comprend quels ravages, dans les champs ou les greniers, peut exercer une telle masse de consommateurs de leurs dents cisaillantes et toujours en activité.

Ce ne sont pas encore là tous les méfaits dont les rats se rendent coupables. Hôtes non seulement voraces, mais extraordinairement indiscrets, ils furettent partout, goûtent à tout, envahissent nos domiciles et y apportent les germes de nombreuses maladies qui atteignent l'homme et les animaux de ferme. Ils véhiculent la fièvre aphteuse, la clavelée et sans doute d'autres maux d'importance économique considérable ; ils nous apportent des spirochètes, des bacilles paratyphiques et surtout l'agent de cette affection si grave, la peste, qui a autrefois répandu la terreur partout où elle a passé et qui, malgré nos actuelles ressources thérapeutiques, se montre encore si redoutable. Peut-être même faut-il faire remonter au rat l'origine du bacille de la lèpre.

Ce sont là bien des raisons qui légitiment l'emploi contre la gent murine, de tout l'arsenal d'attaque que nous possédons, que ce soient les chats, conseillés par Loir et qu'on néglige trop pour les chiens, les susbtances toxiques telles que le phosphore et la scille, les gaz, comme l'anhydride sulfureux, l'oxyde et le sulfure de carbone, l'acide cyanhydrique ou la chloropicrine, les virus, qu'à l'imitation de Pasteur contre les lapins d'Australie, Lœffler et Danysz ont recommandés contre ces rongeurs, les moyens physiques comme le béton armé pour interdire l'entrée dans les locaux où s'accumulent nos réserves.

Malheureusement, chacun ne se préoccupe que de ce qui se passe chez lui et, luttant selon ses idées et ses moyens, n'arrive, le plus souvent, qu'à renvoyer chez le voisin les rats qui fuient pour un temps sa demeure empoisonnée. Une opération offensive ne réussit que si elle porte à la fois sur un vaste territoire, à l'exemple de ce qu'on a fait avec succès dans plusieurs régions de la France contre les campagnols, Une véritable croisade organisée à Milan a donné d'excellents résultats, en raison de la simultanéité des mesures employées ; une autre, entreprise à Grenoble, suivant la même technique, obtiendra sans doute d'aussi bons effets.

# RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS UROLOGIQUES



# NOUVELLES

**Clinique ophtalmologique de l'Hotel-Dieu. Programme général des cours et des conférences.** — M. le professeur F. TERRIEN recommencera ses leçons cliniques le vendredi 13 novembre 1931, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre Dupuytren, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure.

ORDRE DU SERVICE : Les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. 30 : Consultation expliquée ; les mardis, jeudis, à 9 h. 30 : Opérations ; à 10 heures : Enseignement des stagiaires ; les lundis, à 10 h. 30 : Présentation de malades ; les vendredis, à 10 h. 30 : Leçon clinique ; les samedis, à 10 heures : Examens de laboratoire.

INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE. — M. le professeur F. Terrien, commencera le mardi 3 novembre 1931, à 10 h. 30 du matin (amphithéâtre Dupuytren), une série de cinq conférences sur les Affections oculaires d'origine exotique et les continuera les mardis suivants, à la même heure.

ENSEIGNEMENT POUR LES STAGIAIRES (conférences pratiques). — M. le professeur F. Terrien, assisté de MM. les Drs Castéran, Veil, Renard, Goulfier, Blum, Dollfus, Hudelot et Mlle S. Braun, chefs de clinique et assistants, commencera le jeudi 12 novembre 1931, à 10 heures, une série de conférences essentiellement pratiques, avec présentation de malades, projections en couleurs, etc., et les continuera pendant tout le semestre d'hiver, les mardis et jeudis suivants, à la même heure.

CONFÉRENCES CLINIQUES. — MM. les professeurs Strohl et Gange, MM. les Drs Sainton, Velter, Bourdier, Monbrun, médecins et ophtalmologistes des hôpitaux, feront en décembre 1931, janvier, février, mars 1932, une série de conférences sur quelques grands syndromes généraux en rapport avec l'ophtalmologie.

COURS DE NEUROLOGIE OCULAIRE. — M. Velter, agrégé, et M. le Dr Tournay commenceront en février, mars 1932, un cours en quinze leçons sur les Manifestations oculaires des maladies du système nerveux. L'horaire et le programme de ce cours seront annoncés ultérieurement.

COURS DE PERFECTIONNEMENT. — M. le professeur F. Terrien, assisté de M. le professeur Régaud, de MM. les agrégés Velter, Zimmern et de MM. les Drs Sainton, Ramadier, Cousin, Castéran, P. Veil, Renard, Goulfier J. Blum, Dollfus, Hudelo et Msse S. Braun, fera en mai et juin 1931 un cours de technique ophtalmologique (technique opératoire, technique de la lampe à fente, radiologie et radiothérapie oculaires, technique ophtalmométrique et notions pratiques d'optométrie, neurologie oculaire, étude des grands syndromes ophtalomlogiques et de leurs rapports avec l'oto-rhinologie et la pathologie générale. Travaux pratiques de médecine opératoire et manipulations de laboratoire).

COURS DE CHIRURGIE OCULAIRE. — M. le professeur F. Terrien, M. Vélter, agrégé, et MM. les Drs Castéran, P. Veil, Renard, J. Blum, Dollfus, Hudelo et Mlle S. Braun feront, pendant le mois d'octobre 1932, un cours de technique chirurgicale avec exercices pratiques de médecine opératoire.

COURS DE LABORATOIRE. — Sous la direction de M. le professeur F. Terrien, MM. Renard et Hudelo, chef de clinique et chef de laboratoire, feront, en octobre 1932, un cours de technique de laboratoire appliquée à l'ophtalmologie avec exercices pratiques.

**Ecole du Service de santé militaire.** — Un décret en date du 27 août 1931 dispose que :

« Les élèves de l'école du Service de santé militaire sont nommés, après l'obtention de leur diplôme, au grade de médecin sous-lieutenant ou de pharmacien sous-lieutenant de l'armée active et à dater du jour fixé pour leur prise de service dans les fonctions de ce grade ou, au plus tard, au 31 décembre de l'année du diplôme, ils bénéficient d'une majoration d'ancienneté (sans rappel de solde), qui varie avec la date de nomination et telle que leur ancienneté au 31 décembre de l'année où ils ont obtenu leur diplôme soit égale au temps minimum, diminué de deux ans, des études d'enseignement supérieur près des Facultés de médecine ou de pharmacie, exigées par les règlements universitaires pour l'obtention du diplôme, à l'exclusion pour les pharmaciens de la durée du stage dans une officine.

Ils rejoignent pour le 31 décembre au plus tard l'école d'application du Service de santé militaire, pour y accomplir un stage. Ils prennent rang entre eux sur la liste

## NOUVELLES *(Suite)*

d'ancienneté de leur grade, suivant leur classement à la sortie de cette école. »

**Ecole d'application du Service de santé militaire.** — Un décret en date du 27 août 1931 est ainsi conçu : « Les médecins et pharmaciens lieutenants appelés à accomplir un stage à l'école d'application du Service de santé militaire se recrutent :

1° Parmi les élèves de l'école du Service de santé militaire reçus docteur en médecine ou ayant obtenu le diplôme de pharmacien ;

2° Parmi les docteurs en médecine et les pharmaciens admis directement après concours ;

3° Parmi les médecins et pharmaciens de réserve admis en stage renouvelable, par application des articles 3 et 4 de la loi du 4 janvier 1929.

Les cours commencent à une date fixée chaque année par le ministre.

La durée du stage est au maximum de neuf mois, y compris la période du concours de sortie ; à l'issue de ce concours, les officiers stagiaires reçoivent une affectation. »

*Dispositions transitoires.* — Les médecins et pharmaciens lieutenants, dont le stage devait commencer le 3 novembre 1931, rejoindront l'école d'application du Service de santé le 15 octobre 1931 ; leur stage, y compris le concours de sortie, se terminera au plus tard le 29 février 1932.

Les médecins et pharmaciens lieutenants, dont le stage devait commencer le 3 novembre 1932, rejoindront l'école d'application du Service de santé le 1er mars 1932 ; leur stage, y compris le concours de sortie, se terminera au plus tard le 15 juillet 1932.

**Cours pratique et complet de syphiligraphie et de vénéréologie.** — Ce cours aura lieu du 2 au 28 novembre 1931, sous la direction de M. le professeur GOUGEROT, avec la collaboration de : MM. Henri Claude, professeur de clinique des maladies mentales et de l'encéphale ; Lemaître, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique ; Nicolas, professeur de clinique dermatologique à la Faculté de Lyon ; Favre, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Lyon ; Levaditi, professeur à l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de médecine ; Hudelo, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis ; Milian, Louste, médecins de l'hôpital Saint-Louis ; Sézary Duvoir, agrégés médecins de l'hôpital Saint-Louis ; Babonneix, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Heitz-Boyer, agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis ; Dupuy-Dutemps, ophtalmologiste de l'hôpital Saint-Louis ; Lian, agrégé, médecin de l'hôpital Tenou ; J. Hutinel, agrégé, médecin des hôpitaux ; Chevassu, agrégé, chirurgien de l'hôpital Cochin ; Lévy-Valensi, agrégé, médecin des hôpitaux ; Chevallier, agrégé, médecin de l'hôpital Cochin ; Darré, médecin de l'hôpital de la Charité ; Pinard, médecin de l'hôpital Cochin ; Tixier, médecin de l'hôpital de la Charité ; Touraine, médecin de l'hôpital Broca ; Garcin, Schulmann, médecins des hôpitaux ; Hautant, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Tenon ; Burnier, ancien chef de clinique, assistant à l'hôpital Saint-Louis ; Blum, ancien chef de clinique, assistant adjoint à l'hôpital Saint-Louis ; Barthélemy, ancien chef de clinique ; Mlle Eliascheff, chef de laboratoire à la Faculté ; MM. Cl. Simon, Fernet, médecins de Saint-Lazare.

Le cours aura lieu du lundi 2 novembre au samedi 28 novembre 1931, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, à 11 heures, 1 h. 30, 2 h. 45 et 4 heures, à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au Musée ou au laboratoire.

Les cours seront accompagnés de présentations de malades, de projections, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, de préparations microscopiques, de démonstrations de laboratoire ; recherche du tréponème ; examens bactériologiques ; réactions de Wassermann ; ponction lombaire.

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins, de 9 heures à 11 h. 30. Le musée des moulages, les musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 à 12 heures et de 2 à 5 heures. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat pourra être délivré à la fin du cours aux auditeurs assidus. Ce cours comprendra 57 leçons.

Un cours semblable a lieu chaque année en mai et en novembre. Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire.

Ce cours est précédé d'un cours de dermatologie qui a lieu du 5 au 31 octobre 1931 et est suivi d'un cours de thérapeutique dermato-vénéréologique qui a lieu du 30 novembre au 19 décembre 1931.

Le droit à verser est de 350 francs.

Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance de versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au Dr Burnier (hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin).

Renseignements généraux pour MM. les médecins étrangers à l'Association A. D. R. M., Faculté de médecine, salle Béclard, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi).

**Le Chœur médical de Paris.** — Le Chœur médical de Paris se propose de grouper amicalement les éléments choraux (voix d'hommes, voix de femmes) du milieu médical et paramédical dans un but de culture musicale supérieure.

La Société désire recruter des membres actifs satisfaisant aux conditions suivantes :

Avoir un minimum de voix et de connaissance du solfège, mais surtout avoir l'amour de la musique et du travail sérieux et régulier.

L'année d'exercice ira du 1er novembre au 1er juillet, un concert annuel devant avoir lieu en mai ou juin.

Les membres actifs paieront une cotisation de 12 francs par an, remboursable à tous ceux qui auront assisté à l'intégralité des répétitions.

Les répétitions auront lieu une fois par semaine dans 1 n local qui sera précisé en temps voulu. Elles commenceront au début de novembre prochain.

Toutes les personnes appartenant au milieu médical

## NOUVELLES *(Suite)*

et paramédical peuvent faire partie de la Société et y faire admettre leurs parents.

Les personnes désireuses de faire partie des chœurs (membres actifs) sont priées d'adresser leur demande dès à présent au secrétaire général : Dr Guébel, 2, rue Pasquier (7e), en indiquant très lisiblement leurs nom et adresse. Elles seront convoquées pour être entendues par le Comité des voix et inscrites.

Les personnes désirant s'intéresser à la Société sans être membres actifs peuvent s'inscrire : comme membres adhérents, 20 francs par an ; membres honoraires, 50 francs par an ; membres donateurs, 100 francs par an.

**A propos du prochain concours de l'assistance médicale de l'Indochine.** — La revue mensuelle *Le Jeune médecin*, dans l'espoir d'attirer nos jeunes confrères vers les carrières coloniales, et particulièrement vers celles qu'offre notre Indochine, organise un concours doté de 3 000 francs de prix.

Elle nous demande de rappeler aux concurrents qu'ils trouveront tous les renseignements concernant ce concours aux secrétariats des Facultés et écoles de médecins. dans les librairies et dans les associations d'étudiants.

Les réponses devront être adressées au *Jeune médecin*, Service du concours, 71, rue de Rennes, Paris (VIe).

Les dernières qui seront admises devront porter le cachet de la poste à la date du 14 octobre.

**Service de santé militaire.** — Par décret du 22 septembre 1931 et en raison du classement qu'ils ont obtenu aux épreuves du concours de sortie terminant le stage de 1930-1931 à l'école d'application du service de santé militaire, sont promus dans le corps de santé militaire et, par décision ministérielle du même jour, maintenus dans leur affectation actuelle :

*Au grade de médecin capitaine.* — Les médecins lieutenants : 2e tour (choix). M. Mandillon (Gabriel-Alain-Laurent), 57e régiment d'infanterie, Bordeaux, en remplacement de M. Vuillaume, démissionnaire.

3e tour (ancienneté). M. Rodet (Georges-Lucien), 152e régiment d'infanterie, Colmar, en remplacement de M. Roucaute, démissionnaire.

M. Mandillon est classé sur l'annuaire avec le no 607 *bis*, entre MM. Meunier et Igert.

M. Rodet est classé sur l'annuaire avec le no 641 *bis*, entre MM. Vergez et Oudjari.

**L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris est reconnue d'utilité publique.** — L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, fondée en 1902, vient d'être reconnue d'utilité publique par decret présidentiel du 17 juillet 1931.

Par ce geste symbolique, le gouvernement a voulu témoigner aux futurs médecins qu'il approuvait leur « politique » essentiellement d'ordre corporatif, le médecin dans ses fonctions ne devant jamais agir en homme de parti. Tout le monde connaît les services rendus par l'association de la rue Dante, par ses bibliothèques et ses conférences très fréquentées par la jeunesse médicale. Mais parallèlement à son action professionnelle, l'Association corporative a toujours tenu à défendre vigoureusement les intérêts moraux des étudiants en médecine. Quelques faits saillants le prouveront amplement et l'on doit les rappeler, car ils sont inscrits dans ses lettres de noblesse :

En 1912, sa campagne en faveur de l'extension du stage hospitalier à tous les services hospitaliers.

En 1917, son intervention auprès du général Lyautey, ministre de la Guerre, pour obtenir le décret du 21 janvier 1917 qui permit la nomination de 1200 médecins auxiliaires étudiants comme aide-majors.

En 1921, sa collaboration avec le Parlement pour fixer le statut militaire actuel des étudiants en médecine qui a fait de tous des gradés du Service de santé pendant leur service actif.

En 1922, sa campagne en faveur de la restauration des humanités à la base de toute culture médicale.

Enfin, depuis 1929, son action tenace en faveur de la loi Armbruster.

De tels états de service légitiment la reconnaissance par l'Etat d'une œuvre de premier plan comme celle de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, dont le développement est une nécessité pour le corps médical.

**Un musée Rœntgen va être installé à Reimscheid-Lennep.** — La municipalité de Reimscheid-Lennep vient de faire don d'un hôtel particulier, la maison Oelbermann, style Louis XVI, en vue de la fondation d'un musée Rœntgen, décidée lors de l'inauguration du monument commémoratif dont le *Siècle médical* a donné la reproduction photographique dans son numéro du 15 novembre 1930 : « Le génie de la lumière », œuvre d'Arno Becker.

Le musée comprendrait une collection historique et des sections illustrant les applications des rayons X dans le domaine des sciences naturelles et de la technique Dans une salle spéciale seront recueillis les souvenirs personnels, relatifs à la vie et à l'œuvre de Rœntgen : manuscrits, lettres et divers autres documents.

Une bibliothèque Rœntgen sera constituée pour réunir la documentation la plus complète relative surtout aux applications industrielles des rayons rœntgeniens, la ville se trouvant dans un des foyers les plus actifs de l'industrie silésienne.

Les plus grands producteurs d'appareils rœntgeniens et des industries similaires ont déjà promis leur collaboration pour l'illustration, par des modèles authentiques, de l'évolution de la technique des appareils à rayons X.

Le musée Rœntgen est destiné, outre sa valeur commémorative, à devenir un important centre d'études et de documentation. La Société rœntgenienne westphalo-rhénane a adressé un appel public à tous ceux qui pourraient venir enrichir le musée par l'envoi de tableaux, de modèles, de livres, de tubes ou même d'argent pour contribuer à poser un monument digne à la mémoire d'un des plus grands animateurs de la science médicale moderne.

**Cours de puériculture.** — M. B. WEILL-HALLÉ, chargé de cours, commencera son enseignement le jeudi 12 novembre 1931, à 4 heures, à l'École de puériculture, 64, rue Desnouettes (XVe), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, aux heures indiquées ci-dessous.

PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT. — Le jeudi à 4 heures : La puériculture. — I. Hygiène individuelle. — Etude de la croissance. Méthodes pédiométriques. — Les facteurs de la croissance. — La physiologie diges-

## NOUVELLES *(Suite)*

tive et l'alimentation au cours de la première et de la deuxième enfance et dans la période scolaire.

II. Hygiène collective et sociale ; hygiène scolaire ; médecine préventive et prophylaxie des maladies contagieuses. Le centre d'hygiène de l'enfance ; moyens de propagande et d'action.

Le jeudi à 5 heures : Conférences complémentaires (Puériculture anténatale — prophylaxie oto-rhino-laryngologique, ophtalmologique, odontologique, orthopédique — démonstrations diététiques) par MM. Marcel Pinard, médecin de l'hôpital Cochin ; Lacomme, accoucheur des hôpitaux ; Le Mée, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital des Enfants-Malades ; Turpin, médecin des hôpitaux ; Frey, chargé de cours de stomatologie à la Faculté ; Vitry, Trèves, anciens chefs de clinique ; M. Dorlencourt, chef de laboratoire à l'École de puériculture ; M. Cavaillon, chef du Service antivénérien à l'Office national d'hygiène ; M. Leclainche, chef de service à l'Office national d'hygiène.

Le mardi à 3 heures : Consultation au Dispensaire d'hygiène. — Visite du pavillon d'allaitement. — Examen des enfants et étude des problèmes médico-sociaux.

Le samedi à 3 heures : Consultation de prophylaxie antituberculeuse.

A 5 heures : Consultation de prophylaxie antisyphilitique.

Le vendredi à 10 heures à l'hôpital des Enfants-Malades (salle de la Grande Crèche) : Consultation de nourrissons.

Visites d'établissements publics ou privés intéressant a protection de l'enfance.

**Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier.** — M. le professeur BRINDEAU commencera son cours de clinique d'accouchements, le samedi 7 novembre 1931, à 10 h. 30 du matin, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

**Consultations sur les maladies des voies digestives.** — Hôtel-Dieu (salle Sainte-Martine) : Consultations-leçons sur les maladies des voies digestives par le Dr G. Leven, les lundis à 9 h. 30.

**Clinique de la tuberculose.** — M. le professeur Léon BERNARD commencera ses leçons à la salle des Conférences de la Clinique le mercredi 18 novembre 1931, à 11 heures, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Les leçons porteront spécialement sur la thérapeutique de la tuberculose.

**Cours de clinique obstétricale (Clinique Baudelocque).** — M. le professeur COUVELAIRE reprendra son cours de clinique le vendredi 13 novembre, à 11 heures, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Lundi : Discussion d'observations cliniques.

Vendredi : Présentation de malades.

**Travaux supplémentaires de médecine légale.** — Une série supplémentaire de travaux pratiques de médecine légale aura lieu les 26, 27 et 28 octobre prochain, à 14 heures, au laboratoire de l'Institut de médecine légale.

Pourront y prendre part, *après autorisation de la Commission scolaire*, les étudiants qui n'ont pu valider leurs travaux en série régulière. Ils devront adresser au doyen une demande établie sur papier timbré à 3 fr. 60.

Droit d'inscription : 250 francs.

**Ecole centrale de puériculture** (26, boulevard de Vaugirard, Paris-XVe). — Les cours de l'Ecole centrale de puériculture commenceront le jeudi 19 novembre 1931 à 16 heures, 91, *bis*, rue Falguière. Pour tous les renseignements et inscriptions, s'adresser au Comité national de l'Enfance, 26, boulevard de Vaugirard.

**Certificat et diplôme de radiologie et d'électrologie médicales.** — Une session d'examen du Certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales, réservée aux candidats précédemment ajournés, s'ouvrira à la Faculté de médecine le jeudi 29 octobre.

Un examen en vue du diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris aura lieu le vendredi 30 octobre.

MM. les candidats sont priés de s'inscrire dès maintenant au Secrétariat de la Faculté de médecine.

**Clinique médicale propédeutique de la Charité (professeur : Emile Sergent).** — Le cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire commencera le lundi 7 décembre à 9 h. 30.

**Laboratoire de bactériologie (professeur : M. A. Lemierre).** — Sous la direction de M. A. PHILIBERT, agrégé, chef des travaux, de M. Gastinel, agrégé, avec le concours, de MM. Adida, Gallerand et Nevot, assistants, auront lieu pendant l'année scolaire 1931-1932 deux séries de démonstrations de bactériologie avec travaux pratiques.

Elles se suivront sans interruption, commenceront le mardi 5 janvier 1932, à 14 heures, au laboratoire de bactériologie et continueront les jeudis, samedis, lundis et mardis suivants, à la même heure.

Cet enseignement complet sera sanctionné par un certificat valable pour l'obtention du diplôme universitaire d'hygiène.

PROGRAMME DES DÉMONSTRATIONS. — *Première série.* — Technique de microbiologie clinique (14 leçons)..

Généralités. Maniement du microscope. Examen des microbes à l'état frais. Colorations. Stérilisation de la verrerie.

Analyse bactériologique du pus. Préparation des milieux de culture liquides.

Technique de la séparation des germes aérobies et anaérobies.

Inoculation aux animaux. Préparation des milieux de culture solides.

Technique de la filtration.

Examen bactériologique des exsudats bucco-pharyngés. Diagnostic de la diphtérie.

Examen bactériologique des crachats. Diagnostic de la tuberculose pulmonaire.

Diagnostic de la syphilis. Recherche du tréponème.

Examen bactériologique du sang. Examen direct. Hémoculture. Inoculation.

Les séro-diagnostics.

Réactions de fixation. Technique de la réaction Wassermann.

Réaction de floculation.

Examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien et des sérosités.

Examen bactériologique des matières fécales.

Examen bactériologique des urines.

*Deuxième série.* — Etude pratique des microbes pathogènes.

1re leçon : Classification microbienne.

# NOUVELLES *(Suite)*

2e leçon : Staphylocoque. Préparation des vaccins.

3e leçon : Streptocoque : Pneumocoque.

4e leçon : Gonocoque. Méningocoque.

5e leçon : Peste. Pasteurelloses.

6e Leçon : Bactéries hémoglobinophiles. Coccobacille de Pfeiffer. Bacille de Ducrey. Bacille de Bordet et Gengou.

7e leçon : Groupe colibacille. Eberth.

8e leçon : Pneumobacille. Proteus. Micrococcus melitensis.

9e leçon : Bacilles dysentériques. Vibrion cholérique.

10e leçon : Examen bactériologique des eaux potables.

11e leçon : Bactéridie charbonneuse.

12e leçon : Microbes anaérobies. Bactériologie de la gangrène.

13e leçon : Bacille du tétanos et du botulisme.

14e leçon : Bacille diphtérique.

15e leçon : Bacille tuberculeux.

16e leçon : Lèpre et morve.

17e leçon : Les spirochètes.

18e leçon : Le tréponème de la syphilis.

19e leçon : Les virus invisibles.

20e leçon : Le bactériophage de d'Hérelle.

Les droits d'inscription sont de 200 francs pour chacune des séries. Le nombre des places étant limité, les élèves sont priés de s'inscrire au laboratoire de bactériologie avant de retirer leurs bulletins de versement.

Ces bulletins sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet no 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

**Cours pratique et complet de thérapeutique dermato-vénéréologique.** — Ce cours aura lieu du 30 novembre au 19 décembre 1931, sous la direction de M. le professeur GOUGEROT, avec la collaboration de : MM. Sebileau, professeur honoraire de clinique oto-rhino-laryngologique, membre de l'Académie de médecine ; Henri Claude, professeur de clinique des maladies mentales et de l'encéphale; Lemaître, professeur de clinique, oto-rhino-laryngologique ; Levaditi, professeur à l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de médecine ; Milian, Louste, médecins de l'hôpital Saint-Louis ; Sabouraud, ancien chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis ; Heitz-Boyer, agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis; Ch. Richet fils, agrégé, médecin de l'hôpital Necker ; Jausion, agrégé au Val-de-Grâce ; Pinard, médecin de l'hôpital Cochin ; Touraine, médecin de l'hôpital Broca ; Tzanck, médecin des hôpitaux ; Burnier, ancien chef de clinique, assistant à l'hôpital Saint-Louis ; Dufourmontel, ancien chef de clinique oto-rhino-laryngologique ; Barthélemy, ancien chef de clinique ; Meyer, assistant de finsenthérapie ; Cohen, chef de clinique ; Giraudeau, chef de laboratoire des agents physiques et de radiothérapie; Wolfromm, chef de laboratoire; Flurin, ancien interne des hôpitaux ; Peyre, chef de laboratoire ; Saidman, assistant d'électroradiologie ; Marcel Vignat assistant de physiothérapie.

Le cours aura lieu du lundi 30 novembre au samedi 19 décembre 1931, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, à 11 heures, 1 h. 30, 2 h. 45 et 4 heures, à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au musée ou au laboratoire.

Les cours seront accompagnés de démonstrations de thérapeutique (radiothérapie, radiumthérapie, photothérapie, électrolyse, haute fréquence, neige carbonique, scarifications, frotte, etc.).

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins, de 9 heures à 11 h. 30. Le musée des moulages, les musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 heures à 12 heures et de 2 heures à 5 heures. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat pourra être délivré à la fin du cours aux auditeurs assidus. Ce cours comprendra cinquante-sept leçons.

Un cours semblable a lieu chaque année, en juin et en décembre.

Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire.

Ce cours est précédé d'un cours de dermatologie qui a lieu du 5 au 31 octobre 1931 et d'un cours de syphiligraphie et vénéréologie, qui a lieu du 2 au 29 novembre 1931.

Le droit à verser est de 350 francs.

Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance de versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrées au secrétariat de la Faculté (guichet no 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au Dr Burnier (hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin).

Renseignements généraux pour MM. les médecins étrangers à l'Association A.D.R.M., Faculté de médecine, salle Béclard, de 9 à 11 heures, et de 14 à 17 heures (sauf le samedi).

## *MÉMENTO CHRONOLOGIQUE*

17 OCTOBRE. — *Paris.* Assistance publique. Clôture du registre d'inscription pour le concours d'aptitude aux fonctions de chef de laboratoire de bactériologie des hôpitaux.

19 OCTOBRE. — *Toulouse.* Concours de professeur suppléant d'anatomie à l'École de médecine de Clermont-Ferrand.

19 OCTOBRE. — *Paris.* Congrès français d'oto-rhino-laryngologie.

19 OCTOBRE. — *Nice.* Concours pour 10 places d'internes de médecine et chirurgie des hôpitaux de Nice.

19 OCTOBRE. — *Bordeaux.* Concours de l'externat des hôpitaux de Bordeaux.

20 OCTOBRE. — *Bordeaux.* Concours de l'internat des hôpitaux de Bordeaux.

20 OCTOBRE. — *Toulouse.* Concours de professeur suppléant de clinique obstétricale à l'école de médecine de Clermont-Ferrand.

20 OCTOBRE. — *Mont-de-Marsan.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de médecin spécialisé de dispensaires pour les Landes.

21 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Concours pour une place de professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Nantes.

## NOUVELLES *(Suite)*

21 Octobre. — *Rouen.* Dernier délai d'inscription pour le concours de l'internat des hôpitaux de Rouen.

21 Octobre. — *Paris.* Assistance publique. Concours de l'externat des hôpitaux de Paris.

21 Octobre. — *Paris.* Hospice national des Quinze-Vingts. Dernier délai d'inscription pour le concours de chefs de clinique à la clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts.

22 Octobre. — *Rouen.* Concours de l'externat des hôpitaux de Rouen.

22 Octobre. — *Bordeaux.* Concours de médecin résidant à l'hôpital Saint-André.

23 Octobre. — *Paris.* Faculté de pharmacie. Concours pour l'emploi de professeur suppléant de physique à l'Ecole de médecine de Tours.

23 Octobre. — *Paris.* Hôtel-Dieu. Ouverture du cours de chirurgie oculaire de MM. Terrien, Regaud, Velter.

24 Octobre. — *Angers.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de stomatologiste des hôpitaux d'Angers.

25 Octobre. — *Paris.* Ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 4e bureau, 7, rue de Tilsitt). Dernier délai d'inscription des candidats au poste de médecin directeur du sanatorium de Liessies.

26 Octobre. — *Paris.* Hospice national des Quinze-Vingts. Concours pour deux emplois de chefs de clinique à la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts.

26 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine. Ouverture des travaux supplémentaires de médecine légale

26 Octobre. — Ecole de médecine. Concours pour la nomination d'un médecin phtisiologue adjoint pour les hôpitaux d'Orléans.

26 Octobre. — *Paris.* Val-de-Grâce. Concours de professeur agrégé à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales.

27 Octobre. — *Paris.* Assistance publique. Concours de stomatologiste des hôpitaux.

27 Octobre. — *Bordeaux.* Hôpitaux de Bordeaux. Clôture du registre d'inscription pour le concours de médecin résidant à l'hospice général.

28 Octobre. — *Bruxelles.* Ouverture du cours de l'École d'ergologie (cours gratuits), 65, rue de la Concorde.

28 Octobre. — *Lyon.* Faculté de médecine. Concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de médecine de Grenoble.

29 Octobre. — *Dijon.* Ecole de médecine. Concours d'aide de clinique chirurgicale de l'Ecole de médecine de Dijon.

30-31 Octobre. — *Paris.* Exposition coloniale. Cité des Informations. Etats généraux de la gastronomie.

31 Octobre. — *Lille.* Dernier délai d'envoi des travaux pour le prix Feron-Vrau. Envoyer à M. Lepoutre, 46, boulevard Vauban, à Lille.

31 Octobre — *Bordeaux.* Hôpitaux de Bordeaux. Clôture du registre d'inscription pour le concours de l'internat des hôpitaux de Bordeaux.

1er Novembre. — *Paris.* Ministère de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau). Dernier délai d'inscription des candidats pour le concours d'assistant des hôpitaux coloniaux.

1er Novembre. — *Paris.* Société de chirurgie (12, rue de Seine). Dernier délai de dépôt des travaux pour les prix de la Société de chirurgie.

1er Novembre. — *Paris.* Ministère de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau). Dernier délai d'inscription des candidats à la chaire de bactériologie, parasitologie, et épidémiologie à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales.

2 Novembre. — *Paris.* Clinique médicale des enfants (hôpital des Enfants-Malades), 9 heures. Ouverture de l'enseignement clinique.

3 Novembre. — *Bordeaux.* Ouverture de l'enseignement de médecine coloniale.

3 Novembre. — Villes où réside une Académie. Session d'examen pour les étrangers demandant l'équivalence du baccalauréat.

3 Novembre. — *Paris.* Val-de-Grâce. Concours de médecin et de chirurgien des hôpitaux militaires.

5 Novembre. — *Paris.* Assistance publique, 10 heures. Réunion de la Commission chargée d'établir la liste d'aptitude aux fonctions de chef de laboratoire de bactériologie des hôpitaux de Paris.

6 Novembre. — Facultés de médecine. Concours d'agrégation.

6 Novembre. — *Rouen.* Concours de l'internat des hôpitaux de Rouen.

9 Novembre. — *Angers.* Concours de stomatologiste des hôpitaux d'Angers.

10 Novembre. — *Paris.* Ministère de la Guerre (troupes coloniales). Dernier délai d'inscription des candidats à la chaire d'hygiène militaire, tropicale et sociale à l'École d'application du service de santé des troupes coloniales

10 Novembre. — *Bordeaux.* Hôpitaux de Bordeaux. Concours pour une place de médecin résidant à l'hospice général.

15 Novembre. — *Paris.* Société de radiologie. M. Dariaux Dernier délai d'envoi des thèses présentées pour un prix.

16 Novembre. — *Paris.* Faculté de médecine. Concours de chirurgien adjoint des hôpitaux de Versailles.

16 Novembre. — *Paris.* Assistance publique. Dernier délai de dépôt des mémoires pour le prix Civiale.

17 Novembre. — *Bordeaux.* Hôpitaux de Bordeaux. Concours de l'internat en pharmacie.

# CHRONIQUE DES LIVRES

***Conférences de clinique chirurgicale pratique***, par J.-P. TOURNEUX, chirurgien des hôpitaux de Toulouse. *Première série*, in-8° raisin, 440 pages, 61 figures (*Vigot frères, éditeurs*, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 40 francs).

Présenté sous la forme si attrayante et si vivante des conférences de Louis Ramond, cet ouvrage semble destiné lui aussi à un grand succès. Faites avant tout en vue de l'enseignement, ces conférences intéresseront cependant au plus haut point les praticiens qui retrouveront, rajeunis et mis à jour, leurs souvenirs d'étudiants. Ici en effet l'auteur a volontairement écourté les vaines discussions étiologiques ou pathogéniques et considéré chaque affection sous son jour pratique.

C'est à propos d'un cas précis, concret qu'il nous fait revivre les difficultés ou même les erreurs possibles du diagnostic, le pronostic et qu'il discute avec nous le traitement. Le tour souvent oral de cet ouvrage lui prête une vie et un relief qui permettent aux moins expérimentés de s'instruire sans lassitude et sans pénible travail d'assimilation.

Les quinze sujets étudiés sont choisis parmi les affections les plus répandues et les plus utiles à bien connaître; leur traitement est étudié dans tous ses détails et satisfera toutes les exigences de la clientèle.

E. BERNARD.

***La fibro-conjonctivite (cellulite) et les processus sclérogènes du tissu conjonctif du bassin chez la femme***, par R. CONDAMIN, professeur à la Faculté de médecine de Lyon. In-8° raisin de 140 pages (*Vigot frères, éditeurs*, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 20 francs).

Etude approfondie des lésions chroniques para-utérines, cet ouvrage met surtout en évidence l'importance des altérations du tissu cellulaire du cul-de-sac de Douglas.

On connaît les nombreux travaux du professeur Condamin sur les lésions de ce qu'il a appelé le « cerveau pelvien de la femme ».

Cet ouvrage résume ces travaux sous une forme claire et concise et surtout permet au gynécologue, au praticien de bénéficier d'une expérience qui date de près de quarante ans et qui a toujours été orientée vers un but précis.

Après une brève étude anatomique et pathogénique des diverses localisations de la fibro-conjonctivite, l'auteur étudie en détail la thérapeutique médicale des algies d'origine génitale et remet en honneur des thérapeutiques trop oubliées actuellement : le massage gynécologique, les applications correctes de pessaires, sur lesquelles doit paraître un prochain ouvrage, mais avant tout la columnisation du vagin, qui est minutieusemen mise à la portée non seulement du gynécologue, mais encore de tout praticien. La thérapeutique des algies féminines non chirurgicales s'enrichit ainsi de procédés que bien des malades apprécieront comme il convient.

E. BERNARD.

***Archives urologiques de la clinique de Necker***, publiées par F. LEGUEU, de l'Académie de médecine. professeur de clinique urologique, tome VII, fascicule 1 (janvier 1931) Prix : 25 fr. (*Paris, Maloine*).

Ce volume contient une série d'intéressants travaux consacrés à l'urologie. Dans un premier article intitulé : *Recherches sur la motricité de l'uretère isolé*, BINET et STOICESCO étudient la motricité des divers segments de l'uretère et les variations de ces contractions sous l'influence de facteurs mécaniques et chimiques. Des conclusions pratiques ressortent de cette étude : une urine trop acide ou alcalinisée donne lieu à une augmentation des contractions ; elles augmentent également sous l'influence des excitants du sympathique.

DRAGONAS, dans une *Etude sur le fonctionnement de la musculature vésicale et le mécanisme de l'ouverture du co dans la miction normale*, démontre le rôle moteur du muscle vésical et le rôle dilatateur du col de la couche longitudinale externe ; dans cette dilatation le muscle trigonal n'a aucune action.

ASTRALDI, étudiant l'*hypoplasie rénale unilatérale congénitale*, montre l'extrême rareté de cette affection et la difficulté de son diagnostic.

Enfin HENRI BOMPART fait une très intéressante étude de la *cystectomie totale pour cancer*, portant sur plus de cent cas montrant la valeur et les résultats très satisfaisants que peut donner cette intervention, à condition d'être faite en deux temps : urétérostomie cutanée d'abord, puis cystectomie extrapéritonéale suivie de drainage. Dès maintenant on a pu enregistrer plus de 50 p. 100 de guérisons datant de plus de deux ans.

Tous ceux qu'intéresse l'urologie liront avec profit ces *Archives urologiques*.

E. BERNARD.

***Le traitement des fractures articulaires***, par le Dr JOSÉ JORGE, professeur suppléant de clinique chirurgicale de Buenos-Aires. In-8° raisin de 80 pages, 10 francs (*Vigot frères, édit., à Paris*).

Résultat de l'expérience *personnelle* de l'auteur, ce travail porte sur un ensemble de près de treize cents fractures articulaires survenues chez des blessés de tout âge,

Rappelant brièvement les divers traitements préco-

nisés pour chaque type de fracture, le Dr José Jorge, sans se perdre dans d'inutiles discussions, indique ensuite de manière claire et précise le traitement qu'il suit personnellement, les suites opératoires et le pronostic habituel.

Notons tout de suite que sur l'ensemble de fractures étudiées on n'a eu recours au traitement sanglant que dans un sixième des cas environ.

Signalons quelques points particuliers ou spécialement développés de l'ouvrage :

L'anesthésie régionale préconisée de préférence aux anesthésies générale ou rachidienne;

L'utilité du traitement *immédiat* des fractures, qu'il soit sanglant ou non (et toujours sous anesthésie) ;

L'ablation du matériel métallique après consolidation de la fracture.

Dans les fractures du col du fémur, l'auteur a recours à l'enchevillement osseux du col avec arthrotomie suivi d'une immobilisation absolue d'au moins trois mois : les résultats obtenus seraient extrêmement satisfaisants et les séquelles (en particulier les arthrites) exceptionnelles.

Dans les fractures de Dupuytren, c'est le traitement orthopédique qui est le plus souvent mis en œuvre. Au bout de deux mois, le blessé est autorisé à marcher avec une *chaussure orthopédique* qui maintient le pied en varus et assure une bonne contention latérale de la mortaise. E. BERNARD.

***Texture de vascularisation des troncs nerveux,*** par le Dr Raymond DIEULAFÉ, prosecteur à la Faculté de médecine de Toulouse. In-8° raisin de 270 pages (*J.-B. Baillière et fils, édit., Paris*).

Malgré son titre, cet ouvrage n'est pas seulement digne d'intéresser les anatomistes amateurs de dissections fines et microscopiques.

En effet, l'étude scrupuleuse des troncs nerveux, du point de vue de leur texture, entraîne des déductions de premier intérêt tant pour le neurologiste que pour le chirurgien, en particulier pour celui qu'il est à la mode de nommer le « neuro-chirurgien ».

Ouvrage d'une conscience scientifique remarquable, d'une documentation extrêmement fouillée, mais qui n'est pas uniquement un ouvrage de science abstraite, puisque l'auteur a voulu non seulement esquisser mais même étudier dans des chapitres spéciaux les conclusions physico-pathologiques et les applications chirurgicales de ses recherches.

L'auteur étudie non seulement les sutures et les greffes, mais encore les transplantations nerveuses ; enfin il termine par une critique serrée de l'opération de Stoffel qui semble jouir d'un regain d'actualité et qui pourrait être appliquée non seulement aux fibres motrices, mais encore aux fibres sensitives. E. BERNARD.

***De Barèges à Luchon.*** *Esquisses d'hydrologie historique* (40e *série*), par MOLINÉRY (*Chez l'auteur, à Luchon.* 1931. *Lesbordes, imprim , Tarbes*).

Continuant ses recherches à la Bibliothèque nationale et dans les archives départementales et notariales de nos provinces, M. Molinéry, de Luchon, inlassablement et patiemment, nous donne chaque année, depuis quinze ans, le fruit de ses découvertes pyrénéistes : *l'histoire du Journal de Barèges, le séjour à Barèges du cardinal de Rohan, l'ascension à la Maladetta des hétérogénistes adversaires de Pasteur* sont les trois chapitres de cette quarantième série d'*Esquisses d'hydrologie historique.*

S'il faut féliciter l'auteur de nous donner ainsi une large contribution à l'histoire de nos Eaux minérales françaises, il faut souhaiter qu'un jour, il puisse en faire la synthèse générale dans un ouvrage qu'il pourrait nous promettre sous le titre : *Sur les vieux chemins des Fontaines de Jouvence.*

***Couleurs et pigments des êtres vivants,*** par le Dr Jean VERNE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Un volume in-16, 10 fr. 50 (*Collection Armand Colin, 104, Boulevard Saint-Michel, Paris*).

Qui de nous, devant la richesse unique déployée par la Nature dans la coloration des êtres vivants, n'a cherché à s'expliquer les raisons de cette infinie variété ? A quels pigments sont dus ces multiples coloris, à quels phénomènes chimiques ou biologiques correspondent-ils ?

Telles sont les questions auxquelles répond le petit ouvrage, particulièrement clair et documenté en sa concision, que le Dr Verne fait paraître aujourd'hui dans la Collection Armand Colin.

Spécialisé depuis plus de dix ans dans l'étude des pigments, sur lesquels il a publié des études très remarquées, l'auteur était particulièrement désigné pour traiter cette partie des sciences biologiques.

Son livre, indispensable à tout étudiant en zoologie ou en botanique, sera précieux également non seulement aux biologistes et aux médecins, à qui il apporte la mise au point de plus d'un problème qui les intéresse, mais aussi à tous les amateurs des choses de la Nature.

Un index bibliographique, à la fin du volume, fournit une riche documentation à tous ceux qui désireraient approfondir la question.

***La culture des tissus en biologie expérimentale,*** par EMILE C. CRACIUN. 1 vol. in-8 de 442 pages avec 72 figures. Prix: 55 francs. (*Masson, édit.*).

E. Craciun, maître de conférences à la Faculté de médecine de Bucarest, publie un très bel ouvrage de près de 400 pages sur la culture des tissus.

Remarquablement édité, il renferme de très belles et très nombreuses figures qui renseignent fort utilement le lecteur.

Après un historique assez bref, l'auteur aborde l'exposé des techniques de culture *in vitro* : préparatifs généraux — milieux de culture — extraits de tissus.

Il donne des renseignements pratiques fort utiles pour le chercheur que la question intéresse. Il montre ensuite le mode de croissance des différents tissus, les types cellulaires. Il aborde l'étude des conditions de la croissance *in vitro*, et de la cytologie *in vitro*. Au point de vue de la biologie cellulaire, il distingue des caractères fondamentaux permanents et d'autres qui se trouvent sous la dépendance des conditions offertes par le milieu de culture, celles-ci étant essentiellement aérobies. Nous citerons enfin les chapitres de physiologie, pharmacologie et radiologie expérimentales, les tissus des animaux inférieurs et des plantes *in vitro*; anatomie pathologique, bactériologie et immunologie. Il termine le livre par la culture des tissus et le cancer. Le lecteur trouvera à la fin du livre, une bibliographie très étendue sur cette question toute d'actualité. F. RATHERY.

# VARIETÉS



## LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE EN FRANCE
## UN EXEMPLE D'ORGANISATION : LE DÉPARTEMENT DU FINISTÈRE

Par M. AUBRUN

La lutte antituberculeuse a fait au cours de ces dernières années des progrès considérables en France.

Le Comité national de défense contre la tuberculose, créé au lendemain de la guerre, tout en contribuant à l'organisation prophylactique qui s'imposait, a su intéresser l'opinion publique aux efforts à entreprendre en vue de limiter les ravages de l'épouvantable fléau qu'est la tuberculose.

Les campagnes du timbre antituberculeux ont réussi à faire pénétrer jusque dans les hameaux les plus reculés le sentiment de solidarité qui devrait grouper en face de ce danger redoutable tous les individus pour une défense commune.

L'État lui-même, si ménager de ses deniers pour tout ce qui touche à l'hygiène sociale, s'est trouvé entraîné par le courant de l'opinion. Il a du même coup relevé le montant des crédits consacrés à la lutte antituberculeuse.

Pour l'exercice en cours, ceux-ci sont répartis de la façon suivante :

| | |
|---|---|
| Commission de la tuberculose au ministère de la Santé publique. | 7 000 fr. |
| Lutte contre la tuberculose (dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse), laboratoire de bactériologie, préservation de l'enfance contre la tuberculose, Œuvre Grancher et autres.... | 24 000 000 — |
| Aménagements, agrandissements, réfection de sanatoriums publics et dépenses d'entretien, de la loi du 7 septembre 1919.. | 49 000 000 — |
| Subventions pour création, aménagement ou agrandissement de préventoriums publics antituberculeux et frais de fonctionnement des préventoriums de l'État.................. | 10 000 000 — |
| Assistance aux tuberculeux.... | 16 750 000 — |
| Congés de longue durée pour tuberculose ouverte.......... | 175 000 — |
| Total .............. | 90 932 000 fr. |

En 1930, le montant des sommes prévues au budget pour le même objet s'élevait seulement à 86 500 000 francs et en 1929 à 61 000 000 de francs.

La progression, comme on le voit, est assez sensible.

L'armement créé pour la lutte contre la tuberculose s'est développé de pair avec les efforts déployés tant par les administrations publiques que par les associations relevant de l'initiative privée. Aujourd'hui, l'œuvre de lutte antituberculeuse dispose de 665 dispensaires, contre 70 en 1918

Elle étend ses ramifications dans la presque totalité des départements, alors qu'au lendemain de la guerre, 57 de ceux-ci ne comprenaient aucun embryon d'organisation.

Les consultations enregistrées dans les dispensaires étaient au nombre de 968 238 au 1er janvier 1930, alors qu'elles n'atteignaient seulement que 494 278 en 1924.

Les cas de tuberculose diagnostiqués s'établissaient à la même date à 66 422 contre 42 561 en 1924, attestant une progression intéressante dans le dépistage de la maladie.

Les placements effectués par les dispensaires ont suivi la même progression.

Les statistiques établies par le Comité national de défense contre la tuberculose donnent les chiffres suivants : 56 759 en 1929, 27 879 seulement en 1924.

Les visites effectuées par les infirmières-visiteuses, au nombre de 556 006 en 1924, sont passées à 815 361 en 1929.

Les établissements de cure, sanatoria et hôpitaux-sanatoria, accusent de même une sensible augmentation. Le nombre de lits dans ces établissements demeure toutefois encore très inférieur aux besoins.

Il n'atteint pas 50 000, alors que le nombre de tuberculeux graves dépasse plusieurs centaines de mille et les décès par tuberculose environ 100 000 par an.

A côté de cet effort d'organisation visant à la fois le dépistage de la maladie et son traitement dans des établissements appropriés, la science médicale n'a cessé elle-même de faire des progrès.

Les formules de traitement ont été bouleversées, amplifiées. Les méthodes collapsothérapiques tendent de plus en plus à augmenter les bienfaits de la cure sanatoriale.

La découverte du vaccin BCG apporte en outre pour l'avenir des espoirs qui sont sans doute de nature à atténuer sensiblement le champ des ravages de l'épouvantable fléau.

Il n'est pas jusque dans le souci de l'organisation matérielle où les méthodes anciennes aient été profondément modifiées.

L'Association des villages sanatoria d'altitude, en créant à Passy sur le plateau de Praz-Coutant dans la Haute-Savoie, face au Mont Blanc, un

véritable village sanatorium, le premier à l'altitude qui ait été fondé en France, a donné l'élan et réalisé un type d'établissement qui est considéré un peu partout comme un modèle.

Le même groupement doit ouvrir prochainement un établissement de cure destiné aux enfants à proximité du sanatorium de Passy, comblant ainsi de la manière la plus heureuse une lacune grave de notre armement antituberculeux.

De divers côtés éclosent des initiatives de même ordre. La création d'un village sanitaire par la Fédération nationale des blessés du poumon obéit à peu près aux mêmes directives, avec cette différence toutefois qu'ici les malades en voie de guérison pourront exercer un métier et jouir du réconfort d'une vie normale.

L'existence du tuberculeux s'en trouvera du même coup transformée.

A l'heure actuelle, le taux de la mortalité par tuberculose pulmonaire en France reste encore très élevé, puisqu'il atteint 1,49 p. 1000 alors qu'il est seulement de 0,8 aux États-Unis et en Suisse ainsi que dans les pays scandinaves. La différence entre ces chiffres, qui va presque du simple au double, indique les progrès à réaliser.

Nous avons montré que ceux-ci étaient en bonne voie. Pour peu qu'ils soient parallèlement accompagnés d'une amélioration du logement populaire par la suppression du taudis et par une diffusion plus grande des règles de l'hygiène au sein des masses, la mortalité par tuberculose peut être abaissée dans d'appréciables proportions.

Voyons maintenant comment fonctionnent à la base les divers éléments de la lutte antituberculeuse, et les résultats qu'elle est à même de donner.




*La lutte antituberculeuse dans un département.*— La base de l'organisation administrative de la lutte contre la tuberculose en France est le département.

En général, un comité d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse, organe de liaison entre l'initiative privée et les administrations publiques, coordonne les diverses activités et assume la direction du mouvement.

Ainsi que nous l'avons indiqué, la presque totalité des départements sont organisés aujourd'hui en vue de lutter contre la tuberculose. Les éléments d'action dont ils disposent sont presque partout les mêmes. L'examen des efforts déployés dans un département donne donc une image de ce qui se fait sur l'ensemble du territoire.

Nous examinerons brièvement le fonctionnement des différents services créés par le département du Finistère.

Ce choix nous a été dicté à la fois par le fait que ce département est un des mieux organisés et aussi parce qu'il englobe à la fois des groupes industriels importants et une zone agricole étendue. Etant ainsi un département mixte, il est mieux à même de fournir des indications utiles sur l'organisation antituberculeuse.

La population du département est de 753 702 habitants. Elle est groupée dans quatre arrondissements : Brest, Morlaix, Quimper, Châteaulin.

L'armement antituberculeux comporte, comme partout ailleurs, des dispensaires fonctionnant comme organismes de diagnostic et de triage, et des établissements de cure : sanatoria et hôpitaux-sanatoria, ainsi que des œuvres annexes, preventoria et filiale de l'œuvre Grancher.

Les dispensaires, au nombre de 30, sont complétés par 12 consultations volantes.

Leur action s'exerce sur la totalité des communes du département et les consultants qui s'y présentent font gratuitement l'objet d'un examen clinique et radioscopique.

Au cours de l'année 1930, le nombre des consultations s'est élevé à 38 610.

Au 1er janvier 1931, les personnes inscrites s'élevaient à 14 207, se répartissant comme suit :

| | |
|---|---|
| Consultants non encore diagnostiqués.... | 385 |
| Consultants en observation............ | 1 683 |
| Consultants en contact de cohabitation.. | 5 298 |
| Cas de tuberculoses toutes formes....... | 6 831 |

dont 3 130 tuberculeux pulmonaires avec crachats bacillifères.

Le service médical est assuré par 5 médecins, et le service social par 3 inspectrices et 51 infirmières-visiteuses.

Les placements effectués au cours de l'année 1930 ont porté sur 884 malades, sur lesquels 384 ont été admis dans des sanatoria pour pulmonaires, 106 dans des sanatoria pour tuberculose chirurgicale, 326 dans des hôpitaux, 59 en préventoria et 9 placements divers.

605 sujets non tuberculeux pris en charge par les dispensaires ont également fait l'objet d'un placement.

Les services d'hospitalisation avec isolement des malades disposent au total de 97 lits, ce qui est notoirement insuffisant.

Des projets ont été établis en vue de l'édification, près des grands hôpitaux du département, d'établissements spéciaux jouant le rôle d'hôpitaux-sanatoria.

## VARIÉTÉS *(Suite)*

Les sanatoria sont au nombre de 3.

Le sanatorium départemental de Plougonven pour tuberculeux pulmonaires comprend 400 lits. Pendant l'année 1930, 608 malades ont été reçus dans cet établissement, dont 414 pour le Finistère.

596 ont quitté le sanatorium avec les résultats suivants :

254 étaient aptes à un travail plus ou moins fatigant.

114 avaient obtenu une amélioration sensible de leur état.

228 ont fait une cure sans aucun succès.

Ces résultats sont malheureusement beaucoup moins favorables que ceux qui sont obtenus en Suisse dans les centres de traitement populaires.

Sur les 111 sorties enregistrées en 1930 dans les sanatoria populaires de Leysin (Alpes vaudoises, Chamois, Chalet d'Espérance et Annexes), les statistiques établies indiquent 91 améliorations et seulement 20 insuccès.

La différence, comme on le voit, est sérieuse. Sans doute, il s'agit ici de stations d'altitude, ce qui a son importance.

Mais d'autres facteurs interviennent également: diagnostic plus précoce, armement thérapeutique plus riche, plus varié, plus efficace.

Le recours de plus en plus fréquent dans ces stations aux méthodes de collapsothérapie et notamment au traitement par phrénicectomie explique en partie cette différence, de même que l'allongement des cures.

Les malades soignés dans les sanatoria populaires de Leysin ont effectué en moyenne une cure de 400 jours, ce qui est certainement l'exception pour les tuberculeux du sanatorium de Plougonven.

Le sanatorium marin de Roscoff est réservé aux malades atteints de tuberculoses chirurgicales.

Il existe en outre dans le Finistère un sanatorium privé, celui de Porsmeur, en Morlaix.

Les œuvres annexes du département comprennent des preventoria, au nombre de 3 avec 150 lits ; de nombreuses colonies de vacances organisées par l'Office des pupilles de la Nation, les caisses des écoles et diverses œuvres privées ; enfin une filiale de l'Œuvre Grancher.

Cette institution a obtenu en 1930 des résultats remarquables :

Sur 843 enfants placés par ses soins et figurant sous son contrôle, 4 décès seulement ont été enregistrés, ce qui donne une mortalité de 0,47 p. 100, chiffre infime, surtout si l'on considère qu'il s'agit ici d'enfants ayant vécu au contact de tuberculeux contagieux.

Le nombre de vaccinations BCG s'est élevé en 1930 à 2 702.

La mortalité générale du Finistère s'établissait en 1929 à 16,2 p. 1000, très sensiblement au-dessous du taux général pour la France qui était alors de 18.

Les mesures de traitement et de prophylaxie prises à l'égard des tuberculeux, les soins apportés à prévenir la maladie d'une manière générale, ont, à n'en pas douter, une part dans ces résultats satisfaisants.

Il serait vivement à souhaiter que l'exemple offert par ce département soit suivi sur d'autres points du territoire avec un souci égal de l'organisation rationnelle, de la soudure des divers éléments destinés à collaborer à une même œuvre.

Le bilan sanitaire du pays s'en trouverait à coup sûr d'ici peu grandement amélioré.

---

### LUCHON

### PAGES OUBLIÉES

**Le professeur Charles MOUREU,**
Membre de l'Académie de médecine.

Le Collège de France, la Presse médicale tout entière, la grande presse d'informations et enfin le Comité d'organisation de Pau, adressent un chaleureux appel en faveur de l'érection d'un monument commémoratif en l'honneur du professeur Charles Moureu, membre de l'Institut.

Il nous paraît opportun de publier les pages liminaires, qui, en guise de préface, accompagnaient, il y a plus de dix ans, l'intéressant volume de M. Henri Spont sur « Luchon médical et touristique ».

Nous n'avons nul besoin de rappeler ce que fut la haute carrière scientifique de ce maître éminent, successivement professeur à la Faculté de pharmacie de Paris, membre de l'Académie de médecine, professeur au Collège de France, et enfin membre de l'Institut, section de l'Académie des sciences. Le professeur Moureu, dès 1908-1909, comprit de quelle importance étaient les études analytiques des eaux minérales françaises et avec son jeune et savant élève, le professeur Lepape, rechercha systématiquement la radioactivité dans les sources pyrénéennes.

Les pages que nous allons publier sont donc, à la fois, un hommage au maître qui les a écrites, et aux stations françaises qui les lui ont inspirées.

Luchon, plus que tout autre, a raison de s'associer à l'hommage rendu au professeur Moureu, puisque celui-ci, dans une lettre autographe adressée au maire de la ville, le Dr Germès, l'autorisa à donner son nom au pavillon Charles Moureu destiné à recueillir les eaux de la source radioactive découverte par M. Lepape. Mais la per-

sonnalité de M. Charles Moureu s'étend sur toute l'hydrologie française et lui a donné une incomparable auréole.

MOLINÉRY.

**Les sources de Bagnères-de-Luchon.**

*Considérations physico-chimiques.*

La gamme hydro-minérale française est d'une richesse incomparable. Quel que soit le terme de comparaison choisi pour apprécier ce don magnifique de la nature : nombre de sources, composition chimique, débit, température, altitude, climat, beauté des sites d'émergence, etc., la France occupe, incontestablement, le premier rang en Europe.

Le groupe hydro-minéral des Pyrénées présente un ensemble particulièrement remarquable.

Du sous-sol de cette région jaillissent près du tiers des sources françaises et toutes les catégories s'y trouvent représentées.

Toutefois, ce qui caractérise d'une manière unique au monde et ce qui fait l'importance de ce champ merveilleux de sources thermales, c'est le nombre et la variété des sources sulfurées sodiques qu'on y rencontre. Depuis le gave d'Ossau jusqu'à la Tech, il n'est pas une vallée de la chaîne pyrénéenne qui ne possède des sources sulfurées. On ne compte pas moins de 200 de ces sources sur l'étendue de 240 kilomètres qui sépare les Eaux Chaudes d'Amélie-les-Bains.

A la tête de ce groupe imposant des sources sulfurées se place la station de Bagnères-de-Luchon.

Selon l'expression imagée de Landouzy, « *Luchon est la capitale de l'Empire du soufre* ».

Par le débit de ses sources, Luchon ne viendrait qu'après plusieurs autres stations pyrénéennes ; mais par le nombre des sources, par la richesse et la variété de leur sulfuration, par leur gamme de thermalité et de radio-activité, Luchon occupe le premier rang des stations sulfurées.

Les données nouvelles apportées par la science hydrologique ne peuvent que confirmer le jugement que portait Filhol, il y a près de trois quarts de siècle. « Luchon présente la série d'eaux sulfurées la plus belle et la plus complète qui soit connue. »

Au nombre de plus de soixante (1), les sources de Bagnères de Luchon sourdent des flancs de la montagne de Superbagnères, amenées au jour comme toutes les autres sources des Pyrénées, par des failles, de la zone de contact entre le terrain primitif et la puissante assise cambrienne de calcaire magnésifère appelée « dalle ». Tous ces griffons ont été réunis en une vingtaine de sources principales par les beaux travaux de captage de l'ingénieur des mines François, au milieu du siècle dernier.

(1) Depuis ces lignes, il a été découvert plusieurs griffons nouveaux qui portent à près de 80 les naissantes sources. R. M.

Depuis les premières analyses exécutées à la fin du XVIII$^{e}$ siècle par Campardon et Bayen, les eaux de Bagnères-de-Luchon ont fait l'objet de nombreuses recherches physico-chimiques dues à Fournier, Anglada, Longchamp, Fontan, Filhol, François, Wilm, Garrigou, Frébault, Moureu et Lepape, J. Bardet, etc. ; les analyses les plus complètes que nous possédons sont celles de Wilm (1884-1885) : elles ont porté sur treize griffons.

La thermalité des sources de Luchon présente une échelle très étendue, leur température variant de 8° (Sengès, n° 4) à 64°,5 (Bayen).

Comme toutes les eaux sulfurées, les eaux de Luchon sont peu minéralisées. Le résidu fixe est toujours voisin de 0$^{gr}$,3 par litre. Les principaux constituants de cette minéralisation sont le sulfure de sodium, les carbonates de sodium, de calcium et de magnésium, et la silice.

Parmi les éléments présents en très faible proportion, nous signalerons l'ammoniaque, le bore, le lithium, l'argent, le plomb, l'antimoine, le bismuth, le cuivre, le manganèse, et des métaux rares : titane, gallium, germanium, molybdène et tungstène. Enfin on observe toujours la présence de petites quantités (quelques centigrammes par litre) de matière organique.

L'élément minéralisateur le plus important, celui qui classe les eaux de Luchon et auquel elles doivent sans doute leurs propriétés thérapeutiques dominantes, est *le sulfure de sodium.* Avec la source Bayen, dont l'eau contient 0$^{gr}$,0763 de sulfure de sodium par litre, Luchon possède la source la plus sulfurée des Pyrénées. En outre on rencontre à cette station tous les degrés de sulfuration compris entre le chiffre précédent et 0$^{gr}$,0032 de sulfure de sodium (source Ferras ancienne).

*Il en résulte que les eaux de Luchon, par leur ensemble, constituent un médicament spécifique d'une très grande souplesse.*

Les extraordinaires découvertes de Becquerel et des Curie, à la fin du siècle dernier, ont fait surgir une science nouvelle de la matière : la radio-activité, et elles ont bouleversé jusque dans leurs fondements toutes les sciences de l'univers matériel : chimie, physique, géologie, astronomie. En nous montrant dans le radium et les autres corps radio-actifs des éléments qui se transforment, qui se dégradent en passant par plusieurs stades chimiques différents, la radio-activité nous fait pénétrer jusqu'au cœur des atomes dans des

## VARIÉTÉS *(Suite)*

régions de la matière jusqu'alors complètement insoupçonnées. Bien plus, cette dégradation spontanée des éléments radio-actifs s'effectue avec émission continue d'énergie, sous forme de chaleur, d'électricité et de radiations de même nature, mais beaucoup plus pénétrantes que les rayons X.

L'application à l'hydrologie de ces merveilleuses découvertes ne pouvait manquer d'enrichir cette dernière de données nouvelles absolument imprévues. En fait, toutes les eaux minérales manifestent une certaine radio-activité, laquelle est principalement due à la présence de l'émanation du radium.

Au cours des années 1908-1909, je consacrai quelques mois à l'étude de la radio-activité des sources de Luchon. J'examinai d'abord, sur place, le gaz et les eaux de plusieurs sources, puis mon chef de laboratoire, M. Lepape, vint à son tour passer quelque temps pour effectuer dans la station des expériences nouvelles ; enfin des recherches plus délicates furent exécutées à Paris.

Nous avons caractérisé et dosé l'émanation du radium dans les vingt griffons examinés. Nos résultats établissent que Luchon se classe parmi les plus radio-actives des stations françaises, venant, avec Plombières en second rang, après La Bourboule.

*Les sources de Luchon sont de beaucoup les plus radio-actives des sources pyrénéennes.*

Comme au point de vue de la sulfuration, la radio-activité des sources étudiées présente une gamme très étendue, depuis la source Bordeu nº 1, la plus radio-active, jusqu'à la Grotte supérieure, à peine plus radio-active que l'eau ordinaire. On ne peut établir aucune relation entre la radio-activité et la sulfuration ou quelque propriété physique ou chimique. Il est cependant curieux de constater que la source la plus sulfurée (Bayen) se range parmi les moins radio-actives et que la plus radio-active (Bordeu nº 1) se trouve parmi les plus pauvres en soufre.

Nous avons également étudié très complètement les gaz spontanés qui se dégagent aux griffons de cinq sources (Bordeu nºs 1 et 2, Ferras, Enceinte, Pré nº 1, Saule nº 2).

Dans ces gaz, considérés autrefois comme exclusivement formés d'azote, nous avons reconnu et dosé, en outre des gaz combustibles (6 p. 100 dans le gaz de Pré nº 1) les cinq gaz rares, parmi lesquels environ 1,2 p. 100 d'argon et 0,1 à 0,3 p. 100 d'hélium, et l'émanation du radium.

Le but principal de l'étude physico-chimique d'une eau minérale est d'éclairer sa thérapeutique.

Les effets de l'étude physiologique de cette eau doivent en effet trouver leurs causes dans ses caractères physiques (température, ionisation, pression osmotique, etc.), et sa constitution chimique. Et la médecine thermale ne pourra se constituer sur des bases scientifiques et rationnelles que lorsque l'agent qu'elle utilise lui sera complètement reconnu.

Malgré les immenses progrès réalisés par les sciences physico-chimiques, et la richesse des données qu'elles ont permis d'accumuler sur les eaux minérales, on ne peut dire que celles-ci soient pour le chimiste d'aujourd'hui sans mystère.

Il serait aisé, en effet, de généraliser ce que nous avons dit plus haut de la radio-activité, et d'établir que toute découverte importante d'ordre physico-chimique, dès qu'elle est appliquée à l'étude des eaux minérales, y révèle quelque propriété ou élément nouveaux.

On peut donc affirmer que l'étude d'une source n'est jamais achevée, et que les acquisitions progressives de la science imposent, périodiquement la revision et la mise à jour de sa composition physico-chimique.

D'ailleurs, le problème qu'il s'agit de résoudre est non seulement très compliqué, mais aussi très délicat, car ce que le chimiste devrait s'efforcer de saisir, c'est non seulement l'état de l'eau minérale au moment précis de l'émergence, mais aussi celui où elle se trouve au moment de son emploi thérapeutique.

Or les eaux sulfurées, et celles de Luchon en particulier, sont éminemment altérables et changeantes.

La physico-chimie des eaux minérales est donc loin encore d'avoir dit son dernier mot, et l'on ne peut que souhaiter, pour les progrès de la médecine thermale et en vue d'augmenter encore le rendement de notre admirable domaine hydrominéral, que se multiplient les recherches d'ordre physique et chimique concernant les eaux de nos sources. (1)

Charles Moureu,
*Professeur au Collège de France.*
*Membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.*

(1) Le vœu de M. Moureu est en partie réalisé, car depuis dix ans la direction technique des Etablissements thermaux de Luchon a favorisé dans la plus large mesure les recherches M. Lepape et, tour à tour, MM. Bardet, Desgrez et Biéry, Dufrénoy, Lanos, Mailhet, Léon Bertrand, Maurin nous ont apporté leur précieux concours (Molinéry).

## LA MÉDECINE AU PALAIS

**RESPONSABILITÉ ET ACCOUCHEMENTS** *(Fin)*

« Attendu qu'à défaut de toute constatation *post mortem*, il est impossible d'affirmer que la malade a succombé à une hémorragie plutôt qu'au schock opératoire, ni même si la transfusion du sang, si elle avait été pratiquée dans le moindre délai, l'eût certainement sauvée ;

« Attendu que le sieur d'Erceville raisonne dans l'hypothèse d'une hémorragie consécutive à une opération particulièrement sanglante ; mais, attendu que cette hypothèse, qui n'est point démontrée et qui est énergiquement repoussée par les défendeurs, n'est pas la seule qui ait pu se réaliser ;

« Attendu qu'il résulte d'attestations délivrées par des chirurgiens éminents, et régulièrement versées aux débats, que l'opération césarienne n'entraîne pas une perte de sang exceptionnelle, et que ses suites prévisibles ne sont pas telles qu'il soit de prudence élémentaire de tout disposer pour une transfusion sanguine ;

« Attendu que le shock opératoire suffit pour expliquer le décès, le sérum physiologique n'ayant que momentanément conjuré la dépression profonde qui est la conséquence presque inévitable d'une opération grave ;

« Attendu qu'ainsi les premiers griefs imputés au Dr Bouffe de Saint-Blaise ne peuvent être retenus ;

« Attendu que l'on ne saurait davantage considérer comme une négligence le fait de n'avoir pas pratiqué lui-même la transfusion sanguine ;

« Attendu que cette médication, qui ne s'administre régulièrement que dans certains hôpitaux et depuis peu de mois, comporte une intervention qui, sans être délicate, était en fait, dans le courant de l'année 1929, l'apanage de quelques spécialistes qui, en dehors de leur habileté professionnelle reconnue, offraient l'avantage d'avoir à leur disposition des donneurs de sang ;

« Attendu que l'on ne peut, en effet, transfuser sans inconvénient n'importe quel sang, ce qui entraîne l'étude préalable de l'affinité du sang du donneur et son choix par sélection ;

« Attendu que les difficultés inhérentes à ce genre d'intervention ont incité les plus hautes autorités médicales à créer le 18 décembre 1928 l'œuvre dite de « la Transfusion sanguine d'urgence », dont le but défini par l'article premier des statuts est « de collaborer avec l'Assistance publique pour l'organisation de services centraux de transfusion, prêts à fournir immédiatement, en cas d'hémorragie grave, des techniciens exercés et des donneurs préalablement étudiés » ;





13 2 **

## LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

« Attendu que cette définition même montre que le 24 juillet 1929 il serait excessif de considérer que le Dr Bouffe de Saint-Blaise, ainsi que le médecin de service à l'hôpital américain, ont commis une faute caractérisée en ne procédant pas eux-mêmes à la transfusion ;

« Attendu qu'ils semblent bien avoir rempli leur devoir professionnel, le premier en prescrivant par téléphone la médication qui s'imposait, le second en faisant appel successivement à deux spécialistes réputés, alors qu'à cette époque et malgré la création de l'œuvre dont il vient d'être parlé, il n'apparaît pas qu'un service régulier de permanence ait fonctionné ;

« Attendu que l'absence hors de son domicile du Dr Jubé, qui fut l'origine du retard qui s'est produit, ne peut, en raison de son caractère fortuit, être imputée ni au Dr Bouffe de Saint-Blaise qui l'a ignorée, ni à la direction de l'hôpital, qui pouvait à bon droit escompter un retour prochain, ni au Dr Tzanck qui y est demeuré étranger et auquel aucun retard personnel ne peut être imputé ;

« Attendu, en définitive, que le sieur d'Erceville ne rapporte pas la preuve, qui n'incombait qu'à lui, du fait affirmé dans ses conclusions que le décès de sa femme a été la conséquence directe soit d'une faute positive, soit d'une négligence commise par les trois défendeurs ou par l'un d'entre eux.

« Par ces motifs :

« Déboute le sieur de Chambaudoin d'Erceville de toutes ses demandes, fins et conclusions, tendant à l'allocation de dommages-intérêts pour réparation du préjudice causé tant à lui-même qu'à ses enfants mineurs par le décès de la dame d'Erceville sa femme, décès qui serait la suite des négligences ou fautes commises par les Drs Bouffe de Saint-Blaise et Tzanck, et par l'Hôpital américain de Neuilly ;

« Condamne le sieur d'Erceville en tous les dépens. »

Le jugement que nous venons de reproduire intégralement démontre péremptoirement que dans la plupart des affaires de responsabilité médicale ou chirurgicale, les tribunaux peuvent fort bien, s'ils s'en donnent la peine, se passer d'expertise technique.

En effet, la jurisprudence étant fixée en ce sens qu'on ne peut pas relever comme fautes les prescriptions ou les actes qui sont discutés scientifi-

## LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

quement, il en résulte qu'en général l'appréciation des responsabilités est moins une interprétation technique des actes du médecin qu'une estimation de faute de droit commun.

Par conséquent, dans la plupart des cas, les tribunaux peuvent d'eux-mêmes, par l'étude du dossier et des pièces fournies par chacune des parties, se faire une juste idée de la légitimité des actes médicaux ou des négligences, imprudences, légèretés reprochées au médecin.

Ce jugement est particulièrement intéressant de ce point de vue, car il a apprécié avec beaucoup d'équité et de méthode les griefs du demandeur.

Adrien Peytel,
*Avocat à la Cour d'appel.*

## ÉCHOS

### L'EXERCICE LÉGAL DE LA MÉDECINE EN ALSACE-LORRAINE

La proposition de loi suivante vient d'être renvoyée par la Chambre des députés à l'examen de la Commission d'Alsace-Lorraine.

Article premier. — La loi du 13 décembre 1924 ratifiant le décret du 5 juillet 1922 ayant introduit dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle la loi du 30 novembre 1892, modifiée par la loi du 14 avril 1910, et relative à l'exercice de la médecine, est modifiée comme suit:

« Les dispositions de la loi du 30 novembre 1892, modifiée par la loi du 4 avril 1910, ne porteront pas atteinte aux droits reconnus par les articles 29, 30, 40, 53, 147 du Code industriel local aux praticiens de la médecine naturelle de nationalité française ayant été établis et domiciliés dans les territoires du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle avant l'introduction en Alsace-Lorraine de la loi du 30 novembre 1892.

« En dérogation à l'article 13 du décret du 5 juillet 1922, les dispositions des articles 29, 30, 40, 53, 147 du Code industriel local restent donc maintenues au profit des personnes visées par le présent texte. »

# CÉRÉMONIE MÉDICALE

## INAUGURATION D'UN MONUMENT AU PROFESSEUR LECÈNE A L'HOPITAL SAINT-LOUIS

Le mardi 6 octobre à 11 heures a été inauguré dans la cour de l'hôpital Saint-Louis un médaillon à l'effigie du professeur Lecène, mort il y a deux ans. Ce médaillon, encastré dans les vieilles pierres de l'hôpital, au-dessous des fenêtres de son ancien service, tout près de la salle qui porte maintenant le nom



Le monument du professeur PAUL LECÈNE.

de Paul Lecène, est destiné à commémorer dans ce grand centre d'enseignement la tâche éminente que Lecène y a remplie pendant dix années.

Le médaillon est dû au ciseau de Fix-Masseau, artiste de grande valeur et son ami. Il fixe les traits de Lecène à l'époque où justement il enseignait et opérait à Saint-Louis. Ce n'est donc pas une simple réplique de la médaille de bronze, qui a été distribuée à ses amis et à ses élèves, puisque celle-ci représente Lecène plus jeune.

La cérémonie avait attiré beaucoup de ceux qui conservent à Lecène un souvenir fidèle et ému, groupés autour de sa famille. Ils ont entendu le professeur Hartmann, président du comité, qui en quelques mots a remis la garde du monument à l'Assistance publique. Le représentant de l'administration a justement rappelé la reconnaissance des malades, qui ont été soignés dans le service de Lecène, pour ce grand chirurgien que de multiples occupations et une importante clientèle n'ont jamais empêché d'examiner tous les hospitalisés qui lui étaient confiés et de diriger lui-même leur traitement, donnant ainsi à ses élèves le plus bel exemple de conscience et de dévouement.

Brièvement, le doyen de la Faculté est venu apporter son hommage. Le professeur Lenormant a retracé l'activité considérable de Lecène à la Société de chirurgie depuis la guerre. Il a montré, en un saisissant tableau, la place que ses connaissances, sa sincérité, la passion qu'il avait pour la chirurgie lui avaient acquise dans cette société, du consentement unanime de ses collègues. Combien de discussions n'a-t-il pas conclues de sa place par une intervention où l'intelligence du sujet s'alliait au bon sens et à la prudence ? Aussi depuis deux ans est-il arrivé bien souvent d'entendre quelque membre de la Société émettre en aparté le vœu désolé : « Ah ! si Lecène était encore là ! » et tourner ses regards vers la place que personne ne saurait occuper.

C'est l'éloge et le portrait de son maître par Mondor qui a le plus ému l'assistance. Avec une véritable éloquence et un très grand talent, Mondor a dressé de celui dont il a été le premier élève un portrait ineffaçable. Le suivant dans son activité journalière, à ses malades, à ses recherches de laboratoire, à ses studieuses veilles, il a fait comprendre le merveilleux équilibre de cette tête puissante. Lecène est un exemple que l'on peut proposer et, à cause de cela, son portrait valait d'être complet et sincère ; c'est ce que Mondor a pris soin de faire. Son éloge, que nous espérons voir imprimer sous peu, restera un document précieux pour tous ceux qui veulent garder vivante la mémoire de Paul Lecène.

P. M.

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 6 octobre 1931.*

M. DE LAPERSONNE, président, annonce la mort de M. Léon Grimbert, membre titulaire dans la section de pharmacie, et de M. Lucien Reynaud (d'Alger), délégué de la France à la S. D. N., correspondant national dans la section d'hygiène.

**Les déchets azotés du sang dans la néphrose lipoïdique.** — MM. ACHARD et CODOUNIS, résumant 19 cas de néphrose lipoïdique, étudient les déchets azotés du sang. En général, c'est avec les taux les plus élevés d'urée qu'on observe aussi les taux les plus forts d'acide urique et d'azote non protéique ; mais il n'y a pas de parallélisme rigoureux entre l'urée et les autres déchets azotés. Les variations de l'azote total et de l'acide urique sont ordinairement peu différentes.

Dans la plupart des cas, l'acide urique et l'azote total non protéique ont des taux supérieurs à la normale. L'urée dépasse souvent aussi la moyenne et, dans 10 cas, son taux était supérieur à 1 p. 1 000.

Il résulte de ces constatations que, dans les affections rénales avec lipoïdurie, il y a souvent de véritables néphrites et que le régime hyperazoté, conseillé contre l'hypoprotéinémie, doit être attentivement surveillé.

**Chimiothérapie de l'épithéliome thyroïdien des salmonidés par les sels halogènes de magnésium.** — MM. LOUIS THOMAS et L. KREISMANN (présentation faite par M. Delbet).

**Dénomination du paludisme.** — M. Jean CARDAMATIS

propose de remplacer le nom de paludisme par celui d'*anophéliase*, par analogie avec d'autres maladies parasitaires : helminthiase, phtiriase, etc.

*Séance solennelle du 13 octobre 1931*
*consacrée à la médecine coloniale.*

L'Académie a tenu, mardi, une nouvelle séance solennelle consacrée à la médecine coloniale.

La séance s'est ouverte au milieu d'une grande affluence. Au premier rang, M. Lucien Saint, résident général au Maroc ; M. le gouverneur général Olivier, représentant M. le maréchal Lyautey ; M. le gouverneur Giraud, représentant le gouverneur général de l'Afrique Occidentale française ; les représentants de M. Manceron, résident général en Tunisie ; de M. le gouverneur général Cayla, du ministre de l'Instruction publique ; les médecins généraux inspecteurs Lanne et Boyé, le médecin général Lecomte, le pharmacien général Bloch, le médecin-colonel Schickelé.

Un grand nombre de savants étrangers : les professeurs Cantacuzène (de Bucarest), Sanarelli (de Rome), Ricardo Jorge (de Rio-de-Janeiro), Henrijean (de Liége), Madsen (de Copenhague).

Des caïds tunisiens : Ben Kiria, caïd de Zaghouan ; Saladini Bacouche, caïd de la banlieue de Tunis ; Snadly caïd de Sfax, etc.

M. de Lapersonne, président, ouvre la séance. En excellents termes, il souhaite la bienvenue aux personnalités présentes, il montre l'importance que l'Académie attache aux questions de médecine coloniale. En terminant, il adresse aux médecins de colonisation le salut de l'Académie.

Le programme comportait trois courtes conférences de MM. Marchoux, Mathis et Mesnil et une communication de M. Dinguizli.

**Variétés sur le paludisme.** — M. E. Marchoux. — L'hématozoaire de Laveran, cause du paludisme, est transmis par l'anophèle. L'insecte vecteur n'est pas spontanément infecté ; il doit prendre les germes en piquant un malade. Dans son estomac se produit la fécondation des éléments sexués du parasite. Ce phénomène n'est pas commandé, comme on l'aurait cru, par le refroidissement et la concentration, mais, comme l'ont démontré Marchoux et Chorine, par le changement de réaction du sang dû à l'élimination rapide et spontanée de l'acide carbonique contenu dans le liquide nourricier. Autrefois très répandu en France, le paludisme en a disparu de partout entre 1880 et 1890, par suite de l'éducation de la population qui va au-devant du remède au lieu de le fuir. Le développement du bien-être a assuré la stabulation des animaux de ferme qui attire les anophèles et les écarte de l'homme, suivant la doctrine établie par Roubaud. Bien que tous les anophèles puissent permettre le développement du parasite, seules, pratiquement, les espèces fragiles l'hébergent parce qu'elles cherchent un abri dans la maison et vivent au contact de l'homme. Le paludisme est, pour cette raison, une maladie domiciliaire. Korteweg et Swellengrebel ont observé que les insectes hibernants piquent pendant l'hiver et transmettent ainsi une infection qui n'apparaîtra qu'au printemps. De toutes les méthodes employées pour la prophylaxie, la meilleure est celle qui consiste à soigner les malades, parce qu'elle est humanitaire et enseigne à la population que le paludisme est curable. La quinine, si précieuse, n'est cependant pas un remède parfait. Elle permet les rechutes. Aussi s'applique-t-on à rechercher un médicament synthétique doué de propriétés plus actives. Deux déjà sont signalés : la plasmoquine et le 710 Fourneau, qui ont des qualités, mais ne résolvent pas encore le problème. Les laboratoires ont encore devant eux un large champ d'investigation.

**Les spirochétoses récurrentes en A. O. F.** — M. Mathis expose avec beaucoup d'humour et de brio la question des spirochétoses récurrentes en A. O. F. Il rappelle que vingt-cinq ans avant la fin du siècle dernier, nos connaissances sur l'étiologie des maladies exotiques étaient des plus obscures et que nul médecin, si avisé clinicien qu'il fût, ne pouvait se reconnaître dans le chaos des fièvres dites climatiques des pays chauds.

C'était l'époque où le professeur de pathologie exotique à l'Ecole de médecine navale de Brest, Mahé, pouvait dire aux jeunes médecins partant pour les colonies : « Là-bas, sur les rives empestées de l'Atlantique, vous rencontrerez le redoutable sphinx de la malaria, pernicieux Protée, le fantôme délirant du typhus, le spectre livide et glacé du choléra, le masque jaune du vomito negro ; défiez-vous, de la terre et des eaux s'exhale un souffle empoisonné... »

Aujourd'hui, aux jeunes médecins allant servir outre-mer, on dit : « Partez sans crainte, mais continuez à combattre les anophèles, redoutables propagateurs de l'hématozoaire du paludisme, luttez sans merci contre les stegomyia qui transmettent le virus amaril, détruisez les poux responsables de la transmission du virus de la fièvre exanthématique et du spirochète d'Obermeier, exterminez les puces qui hébergent et véhiculent le bacille de la peste, méfiez-vous des tsétsés qui inoculent ce trypanosome de la maladie du sommeil. »

En si peu d'années, quelle magnifique floraison de découvertes dans le domaine de la pathologie exotique par l'application de méthodes dont nous sommes redevables au génie de Pasteur !

Mathis indique que si l'hématozoaire du paludisme est responsable du plus grand nombre des manifestations fébriles des pays chauds, il n'est pas le seul agent morbide susceptible de provoquer la fièvre. A côté de lui, il en existe d'autres, notamment les spirochètes des fièvres récurrentes transmises par les poux ou par les tiques.

Il fait ensuite l'historique de l'épidémie très meurtrière de fièvre récurrente à pou, qui a sévi de 1921 à 1929, en Afrique tropicale, et qui a causé des milliers de décès. La lutte contre cette maladie n'a pas pu être menée avec assez d'énergie par suite de la pénurie du personnel médical, insuffisant pour surveiller l'état sanitaire de populations réparties sur d'immenses territoires. D'où la nécessité de renforcer l'action des services d'assistance médicale et d'hygiène sociale pour sauvegarder la santé des populations indigènes. Et cela va être rendu possible grâce à l'emprunt colonial, voté récemment par le Parlement.

M. Mathis étudie enfin une spirochétose à tique exclusivement africaine qui n'a pas de tendance à l'expansion, contrairement à la spirochétose à pou, qui est cosmopolite. Ce qui s'explique par ce fait que l'agent de la première

# SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

est une tique liée au sol et que celui de la seconde est le pou qui accompagne l'homme dans tous ses déplacements.

Faisant un bref résumé des conceptions de Ch. Nicolle sur l'origine et l'évolution des fièvres récurrentes humaines, il montre que les spirochétoses récurrentes sanguines étaient primitivement transmises uniquement dar les tiques et étaient des maladies exclusivement animales. Plus tard, au cours des siècles, l'un des spirochètes s'est adapté au pou et la maladie s'est élevée au rang de maladie humaine.

Le rôle de l'homme dans l'existence et le comportement des spirochétoses est moins important que l'on était porté à le croire, quoiqu'il en soit parfois la victime. L'homme est intervenu comme un intrus, selon l'expression de Ch. Nicolle, dans le cycle normal des spirochétoses récurrentes sanguines, et il n'a pas eu à s'en féliciter

**L'histoire des trypanosomiases et de la maladie du sommeil.** — M. Mesnil, dans une très belle conférence, expose l'histoire des trypanosomiases et de la maladie du sommeil. Il rappelle que notre ignorance à leur égard ne s'est dissipée que vers 1880. Encore ne s'agissait-il que des trypanosomiases animales. Ce n'est qu'au xx^e^ siècle que l'on se rendit compte que l'homme est sensible aux trypanosomes et que l'un de ces derniers est l'agent de la maladie du sommeil. Depuis lors, nous avons approfondi nos connaissances à cet égard. Nous avons appris à apprécier la variété de ces infections, nous avons reconnu leur transmission par la mouche tsé-tsé, l'existence d'animaux qui sont des réservoirs de virus. M. Mesnil a montré, à propos de la maladie du sommeil, le rôle de la colonisation française dans la lutte entreprise contre elle et enfin comment on a pu lui appliquer une thérapeutique chimique raisonnée qui réussit quand elle intervient précocement. Là encore, d'intéressantes projections ont montré les différents modes de traitement et de prophylaxie.

**L'office d'hygiène sociale et préventive en Tunisie.** — M. Dinguizli Béchir montre les progrès réalisés en un an par l'office, créé en 1930 par M. Manceron, résident général.

Le dispensaire antituberculeux est en construction, la propagande par le timbre antituberculeux a connu un succès considérable auprès des indigènes.

M. Dinguizli rappelle ensuite l'importance des fléaux sociaux qui sévissent en Tunisie : la tuberculose qui cause 33 p. 100 des décès, la syphilis si répandue dans le monde musulman, le trachome dont la fréquence est telle dans le sud de la Régence qu'elle atteint 50 p. 100 des individus, la mortalité infantile enfin.

L'office a institué des conférences filmées qui ont déjà donné des résultats très encourageants. M. Dinguizli demande en terminant la création d'une Ecole d'infirmières visiteuses indigènes et la création d'un centre obstétrical pour la formation d'accoucheuses indigènes.

L'après-midi du 14 octobre a été consacrée à une visite de l'Exposition coloniale organisée fort aimablement par le comte de Vogüé, et placée sous la direction du médecin général Thiroux et du médecin colonel Sasportas. Une réception fort élégante eut lieu ensuite au restaurant de Bagdad. Le maréchal et M^me^ la maréchale Lyautey voulurent bien accueillir eux-mêmes les invités de l'Académie.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

*Séance du 9 octobre 1931.*

**Syndrome de Dercum, cellulite et ménopause.** — MM. F. Trémolières, A. Tardieu et Merklen relatent l'observation d'une femme de soixante et un ans chez qui, depuis la ménopause, s'installa une obésité généralisée accompagnée d'adipose nodulaire douloureuse de toute la moitié inférieure du corps et des régions sous-malléolaires. Elle mourut de néphrite chronique avec hyperazotémie et hypochlorémie. A l'autopsie, l'on trouva, en plus de la néphrite chronique et d'une aortite, des lésions banales de la thyroïde et des ovaires et des altérations très évidentes de cellulite (dans la trame du tissu cellulo-adipeux : périvascularite, périnévrite, phlébite et périphlébite avec petites gommes miliaires dépourvues de cellules géantes) limitées aux régions pourvues de formations nodulaires douloureuses.

L'on peut attribuer cette cellulite à la rétention toxique d'origine rénale et également à la syphilis dont l'aortite, deux accouchements avant terme et les gommes miliaires périveineuses permettent de soupçonner l'existence.

Cette observation vient à l'appui des critiques formulées par MM. Marcel Labbé et Boulin et M. A. Léri contre la conception de l'adipose douloureuse comme maladie autonome, conception que ne légitiment ni la variété des causes de l'élément douleur, ni l'asthénie et les troubles mentaux inconstants, ni la répartition des formations nodulaires. Elle justifie la proposition de M. Guy Laroche de remplacer la désignation de maladie de Dercum par celle de syndrome de Dercum, constitué par l'association de douleurs et d'obésité, les nodosités et les douleurs étant dues à l'apparition d'une cellulite, et apporte à cette opinion, fondée seulement sur des arguments cliniques, une preuve anatomique indiscutable.

M. Guy Laroche souligne les rapports qui existent entre la cellulite et la maladie de Dercum. Souvent les cellulitiques présentent des troubles intestinaux chroniques.

M. E. May attire l'attention sur un facteur hépatique parfois associé à la cellulite.

**Lésions rénales et hypertension paroxystique.** — M. E. May.

**Kala-azar de l'adulte.** — M. Olmer.

**Influence des sapoïdes de métaux lourds (Orosmiol) sur l'évolution de la tuberculose expérimentale.** — M. Maurice Renaud expose les faits expérimentaux qui prouvent de façon indiscutable, d'après lui, que l'introduction de sapoïdes d'or et d'osmium influence l'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye et du lapin en limitant l'extension et la dissémination des lésions, en rendant leur évolution torpide et en favorisant leur cicatrisation par transformation fibroïde.

1° Le chancre d'inoculation, dès le début du traitement, prend une physionomie nouvelle. Au lieu de former une lésion qui s'accroît lentement, se caséifie et s'ouvre tardivement en laissant une ulcération qui persiste jusqu'à la mort, le chancre influencé par les sapoïdes forme rapidement une masse volumineuse, qui s'abcède et se remplit de pus fluide qui, riche d'abord en bacilles, n'en renferme bientôt presque plus, et la lésion, après s'être ouverte, finit généralement par se cicatriser.

## SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

2° La dissémination viscérale est lente et discrète, les lésions des animaux traités étant toujours beaucoup moins importantes que celles des témoins. Quand ceux-ci meurent, la tuberculose de ceux-là est souvent encore des plus discrètes.

3° Les lésions traitées sont remarquables par l'importance de la réaction histioïde. Elles sont constituées principalement par une sorte de sclérose subissant sur de larges espaces une dégénérescence homogène, bien différente de la caséification.

Tous ces faits établissent que les sapoïdes exercent une influence certaine sur les processus tuberculeux, grâce à leurs affinités pour le mésenchyme. L'auteur se défend d'en exagérer la portée, mais il estime cependant qu'ils méritent de retenir l'attention, car ils montrent (et c'est sans doute la première fois qu'on le constate d'une façon précise) que la tuberculose peut être modifiée par une action chimique.

**Lobite et scissurite tuberculeuses du lobe azygos.** — MM. M. Brulé et J.-A. Lièvre présentent une observation anatomo-clinique de lobite tuberculeuse du lobe azygos : chez un homme atteint de pleurésie séro-fibrineuse avec signes graves d'imprégnation tuberculeuse, ils relèvent l'image radiologique d'une scissure azygos (scissure surnuméraire produite dans le lobe supérieur du poumon droit par le passage anormal, intrapulmonaire, de la grande veine azygos) ; la région sus-jacente à la scissure est le siège d'une opacité diffuse d'intensité modérée.

Le décès se produit par méningite tuberculeuse. L'autopsie montre que l'ombre radiologique répond bien à une scissure azygos ; celle-ci très épaissie, symphysée, d'aspect lardacé, est le siège d'une infiltration tuberculeuse massive avec follicules typiques. Le lobe azygos sus-jacent présente une splénisation diffuse avec trois foyers d'infiltration tuberculeuse non excavée.

Les auteurs ont fait, quelques mois après, une nouvelle constatation anatomique d'infiltration tuberculeuse avec symphyse de la scissure azygos.

On doit donc tenir pour exacte la description radiologique de l'ombre de la scissure azygos dont le contrôle anatomique n'avait été fait que dans deux observations de Bendick et Wessler. Cette ombre, dont le caractère normal ou pathologique est encore discuté, est liée sans doute dans la majorité des cas à une tuberculose du lobe ou de la plèvre azygos : bien que d'intensité moyenne dans le cas des auteurs, elle répondait à d'importantes lésions tuberculeuses. Le type le plus fréquent est sans doute la scissurite tuberculeuse avec symphyse dont on n'avait pas encore relaté de constatations anatomiques. La stricte limitation des lésions tuberculeuses du premier cas au lobe azygos, leur association aux lésions scissurales autorisent un rapprochement avec les lobites de lobes normaux et justifient l'expression de lobite tuberculeuse du lobe azygos.

**Un cas d'adénome parathyroïdien avec lésions diffuses du squelette.** — MM. J.-A. Lièvre et P. Muller ont observé chez une femme de quarante et un ans un syndrome d'hyperfonctionnement parathyroïdien caractérisé par une décalcification progressive du squelette. L'affection débuta par des douleurs des membres inférieurs et du rachis ; puis survinrent les fractures spontanées ; les radiographies révélaient une perte diffuse du calcium osseux, la biopsie un remaniement architectural de l'os avec résorption lacunaire et fibrome médullaire. Les auteurs relèvent l'affaiblissement et l'hypotonie musculaires, la constipation, l'anorexie et les crises gastriques qui constituent des signes extra-osseux de la maladie ; ils insistent sur la tachycardie également constatée dans deux autres cas. Il existait de l'hypercalcémie et de l'hypercalciurie.

L'exploration parathyroïdienne fut refusée par la malade ; c'est l'autopsie qui montra l'existence d'un volumineux adénome parathyroïdien constitué par les cellules principales de la parathyroïde normale, avec une prédominance de cellules foncées.

La décalcification progressive aboutit à une quasi-disparition du squelette et réalisa un type extrême d'ostéomalacie : si la morphologie de la malade présentée différait de celle de la plupart des malades opérés d'adénome parathyroïdien, il fallait en chercher la cause dans une évolution plus avancée du même processus pathologique.

M. E. Chabrol a observé des lésions osseuses multiples à la suite d'un adénome thyroïdien.

**Les modifications de la chlorhydrie gastrique et de l'équilibre protido-lipidique du sérum sanguin au cours du traitement de l'ulcus par les injections intramusculaires de pepsine.** — MM. M. Debray, Codounis, Antoniou et Hatzigeorgès ont constaté que dans les ulcères gastriques et duodénaux, le traitement par les injections intramusculaires de pepsine entraîne une diminution de la sécrétion chlorhydrique de l'estomac, qui n'apparaît d'ailleurs que deux à trois semaines après la diminution ou la cessation des douleurs. L'équilibre protidique des ulcéreux n'est pas sensiblement modifié, mais au cours de ce traitement, et vraisemblablement sous l'influence d'une alimentation plus riche, apparaît une hyperprotidémie temporaire où domine l'augmentation de la globuline. Après quatre à six semaines et malgré la prolongation du traitement, la protidémie revient à un taux normal. Chez la plupart des dyspeptiques sans ulcère et chez les sujets normaux, les injections de pepsine ne modifient ni la sécrétion chlorhydrique ni le taux de la protidémie.

*Séance du 16 octobre 1931.*

**Cancer primitif pleuro-pulmonaire avec éosinophilie pleurale.** — MM. Léon Bernard, Julien Marie et J. Anchel rapportent l'observation d'un malade qui présenta, au cours de l'évolution d'un cancer primitif du poumon, un épanchement pleural hémorragique. Or, dans le liquide retiré par ponction exploratrice, les auteurs constatèrent un taux élevé (56 p. 100) de polynucléaires éosinophiles.

Cet épanchement peu abondant fut de courte durée et la poussée éosinophilique pleurale et sanguine fut elle-même très fugace. Cependant cette observation, jointe à quelques autres, permet d'affirmer que la règle classique de Dieulafoy donnant comme caractéristique des pleurésies cancéreuses l'absence d'éosinophiles est trop absolue ; la présence d'un épanchement hémorragique riche en éosinophiles ne permet pas d'éliminer la néoplasie pleuro-pulmonaire.

# SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

**L'autopyovaccin dans le traitement des suppurations pulmonaires putrides.** — MM. LÉON BERNARD et PELLISSIER. — Les traitements purement médicaux connaissent la plupart du temps des échecs dans le traitement des suppurations gangreneuses du poumon. Les auteurs ont utilisé un autopyovaccin, préparé à partir des crachats fétides des malades, en « passant par le cobaye ».

Dans les abcès gangreneux isolés, les résultats en ont été excellents, non pas seulement dans ceux de ces abcès qui doivent guérir spontanément, mais aussi dans des abcès vieux de plusieurs mois, et pour lesquels on propose ordinairement l'opération chirurgicale, si dangereuse.

Dans les gangrènes diffuses subaiguës, de bons résultats ont été enregistrés chaque fois qu'il n'y avait pas de dilatation des bronches associées. Quand l'ectasi-coexistait, tout au plus observait-on des améliorations après quoi la gangrène reprenait sa marche par poussées.

De toute manière, l'autopoyothérapie, même lors qu'elle ne peut enrayer la marche fatale des lésions gangreneuses, agit toujours et toujours très vite sur la bronchorrhée, la fétidité, sur la fièvre, et cette action purement symptomatique à elle seule justifierait déjà l'intérêt de cette médication.

**Sur un cas de péricardite tuberculeuse subaiguë secondaire de l'adulte.** — MM. LÉON BERNARD et PELLISSIER. — La péricardite est exceptionnelle au cours d'une tuberculose pulmonaire : ce cas concerne un tuberculeux fibreux, à lésions pulmonaires discrètes, qui fut atteint secondairement d'une péricardite tuberculeuse d'évolution subaiguë mortelle. Mais les auteurs mettent surtout en valeur la nature hématique du liquide péricardique et sa richesse en bacilles de Koch : ils y fourmillaient littéralement. La présence inaccoutumée de bacilles tuberculeux dans l'épanchement du péricarde soulève des problèmes pathogéniques intéressants, et rend compte vraisemblablement de l'allure rapide de cette tuberculose secondaire du péricarde, en dépit des ponctions et du pneumopéricarde.

**Atrophie du sein du côté du pneumothorax thérapeutique.** — MM. RIST et VÉRAN. — Il s'agit vraisemblablement d'une atrophie par action neurogène.

**Rôle de la bronchoscopie dans le diagnostic du cancer pulmonaire.** — M. SOULAS.

**Manifestations hépatiques au cours d'états encéphalo-méningés.** — MM. CH. RICHET fils, ANDRÉ JAQUELIN et FRANÇOIS JOLY ont observé sept malades qui ont présenté l'association troubles cérébro-méningés et troubles hépatiques. Les troubles cérébro-méningés étaient variables dans leur manifestation (hémorragie méningée-méningite tuberculeuse et syphilitique, méningite de cause indéterminée, confusion mentale). Les troubles hépatiques se caractérisaient au contraire par un véritable syndrome presque toujours identique à lui-même. C'était l'acétonurie, l'urobilinurie, la cholurie pigmentaire et saline, l'hyperglycémie, avec troubles d'hypoglycémie dès qu'on injectait des doses même minimes d'insuline. Dans certains cas, des modifications du temps de saignement et de coagulation; dans un cas, un ictère. La plupart de ces malades étaient prédisposés à l'insuffisance hépatique par : éthylisme antérieur, grossesse cholécystite.

Sauf dans un cas de méningite tuberculeuse, tous les malades ont évolué vers la guérison du syndrome méningé et des manifestations hépatiques.

Pour ces auteurs, les troubles d'insuffisance hépatique sont sous la dépendance d'une modification dans le fonctionnement cérébral. Toute altération du cerveau végétatif paraît se répercuter sur le fonctionnement du foie, comme elle peut dans des cas comparables retentir sur les fonctions des autres organes.

M. CLAUDE souligne tout ensemble l'intérêt et la complexité de ces cas.

**Les ictères de l'acide phénylquinoléine carboxylique.** — MM. ET. CHABROL, A. BUSSON et JACQUES MENNECIER développent les conclusions suivantes :

Les ictérés que l'on a mis sur le compte de l'acide phénylquinoléique carboxylique sont extrêmement rares. Dans la littérature médicale, il n'en existe qu'une cinquantaine d'observations rapportées de 1923 à 1930 en Angleterre, en Amérique et dans l'Europe centrale. Il n'en est point fait mention dans les périodiques français.

Bénignes ou graves, ces jaunisses évoquent par leur mode de début l'ictère catarrhal ou l'ictère infectieux.

Sur les 49 cas que nous avons réunis, 16 observations correspondent au tableau anatomo-clinique de l'ictère grave avec atrophie jaune aiguë du foie. Il nous paraît intéressant de rappeler à leur propos qu'entre 1923 et 1930 on a observé en Angleterre et dans l'Europe centrale une très curieuse épidémie d'ictère infectieux avec atrophie jaune aiguë de la glande hépatique. Ce syndrome fut exceptionnel en France.

Dans des cas de cet ordre, on peut se demander si l'ictère de la phénylquinoléine n'est point sous la dépendance d'un biotropisme très comparable à celui que l'on invoque de nos jours pour interpréter certains ictères arsénobenzoliques.

Nous ne contestons pas que la phénylquinoléine soit susceptible d'exercer une action toxique sur le foie. Il est possible que le produit employé en Allemagne diffère dans sa constitution de la spécialité française ; nous croyons cependant que l'on peut faire, à propos de sa toxicité, les remarques suivantes : La formule chimique de la phénylquinoléine ne l'apparente que de très loin avec les composés ictérigènes de la série aromatique comme la toluylène-diamine ou la phénylhydrazine. D'autre part, l'expérimentation établit un contraste entre la cholérèse très remarquable et l'absence de cholémie pigmentaire chez les chiens que nous avons soumis à une intoxication prolongée, par voie veineuse.

La crainte d'un ictère toxique ne doit pas faire abandonner un médicament très précieux dans le traitement de la goutte et des rhumatismes articulaires aigus ou chroniques, voire même dans la cure des ictères lithiasiques ou catarrhaux. Il importe seulement d'employer l'acide phénylquinoléique carboxylique par voie buccale, à doses modérées et par intermittences.

**A propos d'un cas d'ictère grave avec atrophie jaune aiguë du foie.** — MM. ET. CHABROL et A. BUSSON relatent une curieuse observation d'ictère grave qui s'est déroulé en un laps de temps très bref, cinq jours au maximum. Les signes d'urémie et de réaction méningée faisaient complètement défaut. Bien que la glande hépatique ne présentât aucun signe de cirrhose, son atrophie était considérable, le poids du foie étant tombé à 725 grammes.

## SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Du point de vue histologique, les auteurs soulignent l'importance de la macrophagie pigmentaire ayant pour territoire le centre des lobules hépatiques. Il s'agit là d'une lésion relativement rare, si l'on en juge par les renseignements bibliographiques. Elle n'est pas sans intérêt à notre époque, où l'on prête volontiers aux virus ictérogènes le pouvoir de mettre en liberté l'hémoglobine sanguine ou musculaire.

**Hépato-splénomégalie familiale due à une syphilis de deuxième génération.** — M. Marcel Pinard rapporte l'observation de deux sœurs présentant un syndrome hépato-splénomégalique chronique dépendant d'une syphilis de deuxième génération.

Forme camouflée par excellence, puisque les malades avaient été présentés antérieurement comme atteintes de maladie familiale mystérieuse.

L'enquête familiale est le moyen de choix pour arriver à la preuve étiologique.

Les traitements d'épreuve font quelquefois, repousser, comme dans ces cas, le diagnostic de syphilis s'ils sont appliqués sans foi et sans intensité suffisante.

Le traitement antisyphilitique chez la mère pendant une gestation ultérieure a empêché cette maladie familiale de compter un cas de plus, le dernier enfant étant seul de tous parfaitement bien portant.

M. Debré réfute l'argument de M. Pinard en faveur de la syphilis. Dans les cas obscurs de ce genre, il faut d'ailleurs agir comme s'il s'agissait d'un syphilis et traiter à fond. Mais nous restons encore dans l'ignorance de l'étiologie de ces hépato-splénomégalies.

Maurice Bariéty.

## NOUVELLES

**Institut de médecine légale et de psychiatrie.** — Tous les cours et conférences ont lieu l'après-midi ; la présence des élèves y est obligatoire.

Médecine légale. — *Cours théoriques de médecine légale, d'accidents du travail, de maladies professionnelles, de pensions de guerre, de médecine sociale.* — Ces cours seront professés les lundis, mardis, mercredis, jeudis, vendredis et samedis, de 6 à 7 heures, pendant le semestre d'hiver :

1° Médecine légale, toxicologie et déontologie, par M. le professeur Balthazard, les lundis, mercredis et vendredis des mois de novembre et décembre 1931, et par M. Piédelièvre, agrégé, les lundis, mercredis et vendredis des mois de janvier et février 1932.

2° Législation et jurisprudence médicales, par M. le professeur Hugueney, de la Faculté de droit, tous les samedis.

3° Médecine du travail et intoxications professionnelles, par M Duvoir, agrégé. tous les mardis du premier semestre.

4° Accidents du travail, maladies professionnelles, pensions de guerre, médecine sociale, tous les jeudis (voir le programme détaillé dans l'affiche spéciale sur la médecine sociale).

*Cours pratiques.* — 1° Autopsies à l'Institut médico-légal (place Mazas), pendant le semestre d'hiver, de 2 à 3 heures : le mercredi, par M. le professeur Balthazard, et par M. Duvoir, agrégé ; le lundi, par M. le Dr Piédelièvre, agrégé ; le vendredi, par M. le Dr Dervieux, chef des travaux.

Pendant le semestre d'été, les élèves procéderont eux-mêmes aux autopsies et seront exercés à la rédaction des rapports, les mêmes jours, aux mêmes heures.

2° Travaux pratiques de médecine légale (applications des méthodes de laboratoire à la pratique médico-légale), les lundis, de 3 heures à 4 h. 30, sous la direction de M. le Dr Dervieux, chef des travaux ; de M. le Dr Piédelièvre, agrégé, et de M. Szumlanski, chef de laboratoire.

3° Travaux pratiques de toxicologie, sous la direction de M. Kohn-Abrest, docteur ès sciences, chef des travaux toxicologiques, au laboratoire de toxicologie (Institut médico-légal), les vendredis, de 3 heures à 4 h. 30.

4° Expertises d'accidents du travail, de pensions de guerre et de maladies professionnelles, sous la direction de M. le professeur Balthazard, assisté de MM. les Dr Duvoir, Piédelièvre et Dervieux, le mercredi, à 3 heures, à partir du mercredi 2 mars (laboratoire de médecine légale, à l'Institut médico-légal).

Psychiatrie. — *Cours de clinique psychiatrique.* — Le cours aura lieu tous les mercredis, à 10 heures, à la clinique des maladies mentales, et le dimanche matin, à la même heure, asile Sainte-Anne. Les élèves devront également suivre les policliniques de M. le professeur H. Claude, les samedis matin.

*Cours de psychiatrie médico-légale.* — M. le professeur H. Claude, assisté d'agrégés et de médecins des hôpitaux, fera pendant le mois de mars un cours de psychiatrie médico-légale, à la Faculté de médecine (12 leçons), à 5 heures.

*Examen des malades et rédaction des rapports.* — M. le Dr A. Ceillier, médecin expert, dirigera ces exercices, assisté de MM. les chefs de clinique, à la clinique des maladies mentales, asile Sainte-Anne, tous les jeudis, de 3 h. 30 à 5 h. 30.

*Conditions d'admission aux cours et conférences de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie.* — Les docteurs en médecine français et étrangers, les étudiants en médecine français et étrangers (titulaires de 16 inscriptions A. R. et 20 inscriptions N. R.), sont admis à suivre les cours et conférences de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie, après s'être inscrits au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Les titres et diplômes et, de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance, doivent être produits au moment de l'inscription.

Les droits à verser sont de : un droit d'immatriculation, 60 francs ; un droit de bibliothèque, 40 francs ; quatre droits trimestriels de laboratoire de 150 francs, soit 600 francs ; un droit d'examen, 20 francs.

**Laboratoire de bactériologie (professeur : M. A. Lemierre).** — Sous la direction de M. A. Philibert, agrégé, chef des travaux, de M. Gastinel, agrégé, avec le concours de MM. Adida, Galleraud et Névot, assistants, auront lieu, pendant l'année scolaire 1931-1932, deux séries de

démonstrations de bactériologie avec travaux pratiques.

Elles se suivront sans interruption, commenceront le mardi 5 janvier 1932, à 14 heures, au laboratoire de bactériologie et continueront les jeudis, samedis, lundis et mardis suivants, à la même heure.

Cet enseignement complet sera sanctionné par un certificat valable pour l'obtention du diplôme universitaire d'hygiène.

Ce cours comprendra deux séries :

Première série : Technique de microbiologie clinique (15 leçons).

Deuxième série : Etude pratique des microbes pathogènes (20 leçons).

Les droits à verser sont de 200 francs pour la première série, 200 francs pour la deuxième série.

Le nombre de places étant limité, les élèves sont priés de s'inscrire au laboratoire de bactériologie avant de retirer leurs bulletins de versement. Ces bulletins sont délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

**Cours de perfectionnement sur la tuberculose, organisé avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose (professeur : M. Léon Bernard).** — Ce cours sera fait par MM. E. Rist et P. Ameuille, avec la collaboration de MM. L. Ribadeau-Dumas, P. Jacob, M. Levesque et A. Ravina, médecins des hôpitaux ; A. Maurer, chirurgien des hôpitaux ; G. Maingot, électro-radiologiste de l'hôpital Laennec ; J. Rolland, chef de laboratoire ; MM. E. Brissaud, E. Coulaud, F. Hirschberg, M[lle] J. Fontaine et M. E. Hautefeuille, assistants ; M. A. Soulas, assistant d'oto-rhino-laryngologie ; M. Evrot, sous-directeur du Comité national.

Ce cours, d'une durée d'un mois, commencera le lundi 26 octobre 1931, à 11 heures, à la salle des conférences de la clinique de la tuberculose, à l'hôpital Laennec. Il se composera de leçons et d'exercices pratiques.

Les exercices pratiques comprendront : 1° Des manipulations au laboratoire de bactériologie ;

2° L'examen clinique des malades dans les salles d'hospitalisation ;

3° Des démonstrations radioscopiques et l'interprétation des clichés ;

4° Le fonctionnement du dispensaire antituberculeux ;

5° Le rôle du service social à l'hôpital ;

6° La pratique du pneumothorax artificiel ;

7° Des démonstrations pratiques de laryngologie, de trachéo-bronchoscopie et de lipiodolo-radio-diagnostic ;

8° Des visites :

*a.* au laboratoire du BCG (M. le professeur Calmette) à l'Institut Pasteur ;

*b.* au service des femmes tuberculeuses de la clinique d'accouchements Baudelocque (M. le professeur Couvelaire) ;

*c.* à la crèche de l'hôpital Laennec (M. le professeur Léon Bernard) ;

*d.* au service des nourrissons de la Salpêtrière (M. le D[r] Ribadeau-Dumas) ;

*e.* au sanatorium de Bligny (M. le D[r] Guinard).

Le Comité national de défense contre la tuberculose met à la disposition des médecins de dispensaire ou des candidats au poste de médecin de dispensaire, désireux de suivre ce cours, un certain nombre de bourses : s'adresser à M. le D[r] Arnaud, directeur général du Comité national, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VI[e]).

Les droits à verser sont de 250 francs.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures (guichet n° 4).

**Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.** — M. le professeur Henri CLAUDE commencera ses leçons cliniques à l'amphithéâtre de la clinique, le mercredi 18 novembre 1931, à 10 heures, et continuera son enseignement les mercredis suivants, à la même heure.

Le samedi, à 10 heures : Leçon policlinique avec présentation de malades.

**Clinique des maladies infectieuses (hopital Claude-Bernard).** — M. le professeur Pierre TEISSIER commencera ses leçons cliniques le mardi 17 novembre, à 10 h. 30.

ORGANISATION DU SERVICE ET DE L'ENSEIGNEMENT. — *Service.* — Visite tous les matins : de 9 h. 15 à 10 h. 30, les jours de leçons ; de 9 h. 15 à 11 h. 30, les autres jours.

L'examen des malades est fait par le chef de service, par les assistants de la clinique (chefs de clinique), ou par les élèves, sous la direction du professeur ou des assistants.

*Enseignement.* — Le mardi et le jeudi, à 10 h. 30, leçon magistrale à l'amphithéâtre, avec ou sans présentation de malades, ou leçon au lit du malade, par le D[r] Teissier.

Le samedi, à 10 h. 30, leçons de technique clinique à l'amphithéâtre ou au laboratoire, par les collaborateurs ou assistants de la clinique : MM. les D[r] Gastinel, Cambessedés, Cathala, Rivalier, Cochez, Joannon, Coste, Marceron, Chavany, Leclerc et George, anciens chefs de clinique : Reilly, chef de laboratoire ; Bourgeois, Garnier, Layani, chefs de clinique titulaires.

Une consultation médico-chirurgicale, concernant les affections du nez, des oreilles, du larynx, d'origine infectieuse est assurée les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, par M. le D[r] Chatelier, otho-rhino-laryngologiste des hôpitaux.

L'enseignement donné à la clinique des maladies infectieuses s'efforce de répondre aux deux modalités suivantes :

1° L'enseignement professionnel ou pratique qui a pour but d'instruire les étudiants (durant le stage des maladies infectieuses auquel ils sont astreints) dans les données de séméiologie et de technique diagnostique des principales maladies infectieuses, comme aussi dans leur prophylaxie et leur traitement ;

2° L'enseignement complémentaire, s'adressant aux médecins français ou étrangers, aux travailleurs ou chercheurs, désireux de se perfectionner dans la connaissance de la pathologie infectieuse et exotique.

Cet enseignement s'attache soit à l'étude des formes plus exceptionnelles ou moins connues des maladies épidémiques ou contagieuses, soit à la discussion des grands problèmes d'étiologie et de physiologie pathologique comme à l'examen des techniques nouvelles ou des données les plus récentes de prophylaxie sociale ou individuelle, et de thérapeutique dite spécifique.

Ces deux enseignements se poursuivent parallèlement, chaque jour, au lit du malade ou dans les leçons magistrales et les conférences avec interrogations déjà indi-

# NOUVELLES *(Suite)*

quées ; l'enseignement complémentaire étant plus particulièrement assuré par le professeur de la clinique, avec le concours dévoué de M. le professeur d'hygiène Tanon ; de M. le Dr Gastinel, agrégé de bactériologie ; de M. le Dr Reilly, chef de laboratoire ; de M. le Dr Cathala, agrégé de médecine, médecin des hôpitaux ; de M. le Dr Joannon, agrégé d'hygiène ; de M. le Dr Coste, médecin des hôpitaux, tous anciens élèves de la clinique des maladies infectieuses ; aussi avec l'aide des collègues spécialisés en diverses branches des maladies infectieuses ou exotiques.

**Cours de médecine légale.** — M. le professeur BALTHAZARD commencera ce cours le vendredi 13 novembre, à 18 heures (grand amphithéâtre), assisté de MM. Duvoir et Piédelièvre, agrégés, et de M. Hugueney, professeur à la Faculté de droit.

Le cours aura lieu tous les jours, à la même heure et au même amphithéâtre.

M. le professeur Balthazard (lundis, mercredis et vendredis des mois de novembre et décembre) : Morts suspectes. Phénomènes cadavériques. Asphyxies mécaniques ; asphyxies par les gaz et vapeurs. Empoisonnements.

M. Piédelièvre, agrégé (lundis, mercredis et vendredis des mois de janvier et février) : Attentats à la pudeur, viol et perversions sexuelles. Hermaphrodisme. Grossesse, avortement et infanticide. Coups et blessures. Le problème de l'identité : anthropométrie et dactyloscopie. Examen des taches, poils, etc.

Première leçon, le vendredi 13 novembre : Complications tradives des amputations ; étude médico-légale.

M. Duvoir, agrégé (tous les mardis du premier semestre) : Intoxications aigues et intoxications professionnelles. La médecine du travail.

M. le professeur Hugueney (tous les samedis du premier semestre) : Législation et jurisprudence médicales.

Accidents de travail, maladies professionnelles, pensions de guerre, médecine sociale. Tous les jeudis (voir le programme détaillé dans l'affiche spéciale sur la médecine sociale).

COURS PRATIQUES. — 1° Autopsies à l'Institut médico-légal, les lundis, mercredis, vendredis, à partir du vendredi 13 novembre, de 2 à 3 heures ; les mercredis, par M. le professeur Balthazard ; les lundis, par M. Piédelièvre, agrégé ; les vendredis, par M. Dervieux, chef des travaux. (Les élèves du nouveau régime devront justifier, pour l'examen, de dix présences aux autopsies de l'Institut médico-légal.)

2° Travaux pratiques de médecine légale et de toxicologie (consulter l'affiche spéciale).

3° Expertises d'accidents du travail, de pensions de guerre et de maladies professionnelles (consulter l'affiche spéciale).

**Thèses de la Faculté de médecine de Paris.** — 19 *Octobre.* — M. Jacques GUIGOLD : Des sutures en général et de celles de la peau en particulier. — M. EL. GAMMAL ABDEL MONEM : Contribution à l'étude de la vitalité du spermatozoïde chez l'homme.

20 *Octobre.* — M. SPIROS N. LIBERATOS : Le problème médico-légal de l'épilepsie. — Mlle VERA RATNER : Etude sur le périmètre thoracique, l'amplitude respiratoire et la grande envergure chez les enfants.

## MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

24 OCTOBRE. — *Angers.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de stomatologiste des hôpitaux d'Angers.

25 OCTOBRE. — *Paris.* Ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 4e bureau, 7, rue de Tilsitt). Dernier délai d'inscription des candidats au poste de médecin directeur du sanatorium de Liessies.

26 OCTOBRE. — *Paris.* Hospice national des Quinze-Vingts. Concours pour deux emplois de chefs de clinique à la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts.

26 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Ouverture des travaux supplémentaires de médecine légale.

26 OCTOBRE. — Ecole de médecine. Concours pour la nomination d'un médecin phtisiologue adjoint pour les hôpitaux d'Orléans.

26 OCTOBRE. — *Paris.* Val-de-Grâce. Concours de professeur agrégé à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales.

27 OCTOBRE. — *Paris.* Assistance publique. Concours de stomatologiste des hôpitaux.

27 OCTOBRE. — *Bordeaux.* Hôpitaux de Bordeaux. Clôture du registre d'inscription pour le concours de médecin résidant à l'hospice général.

28 OCTOBRE. — *Bruxelles.* Ouverture du cours de l'École d'ergologie (cours gratuits), 65, rue de la Concorde.

28 OCTOBRE. — *Lyon.* Faculté de médecine. Concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de médecine de Grenoble.

29 OCTOBRE. — *Dijon.* Ecole de médecine. Concours d'aide de clinique chirurgicale de l'Ecole de médecine de Dijon.

29 OCTOBRE. — *Bordeaux.* Examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime.

30 OCTOBRE. — *Paris.* Asile clinique Sainte-Anne : Conférence des psychanalystes de langue française.

30-31 OCTOBRE. — *Paris.* Exposition coloniale. Cité des Informations. Etats généraux de la gastronomie.

31 OCTOBRE. — *Lille.* Dernier délai d'envoi des travaux pour le prix Feron-Vrau. Envoyer à M. Lepoutre, 46, boulevard Vauban, à Lille.

31 OCTOBRE — *Bordeaux.* Hôpitaux de Bordeaux. Clôture du registre d'inscription pour le concours de l'internat des hôpitaux de Bordeaux.

1er NOVEMBRE. — *Paris.* Ministère de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau). Dernier délai d'inscription des candidats pour le concours d'assistant des hôpitaux coloniaux.

1er NOVEMBRE. — *Paris.* Société de chirurgie (12, rue de Seine). Dernier délai de dépôt des travaux pour les prix de la Société de chirurgie.

1er NOVEMBRE. — *Paris.* Ministère de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau). Dernier délai d'inscription des candidats à la chaire de bactériologie, parasitologie, et épidémiologie à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales.

2 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale des enfants (hôpital des Enfants-Malades), 9 heures. Ouverture de l'enseignement clinique.

## NOUVELLES (Suite)

3 Novembre. — *Bordeaux*. Ouverture de l'enseignement de médecine coloniale.

3 Novembre. — Villes où réside une Académie. Session d'examen pour les étrangers demandant l'équivalence du baccalauréat.

3 Novembre. — *Paris*. Val-de-Grâce. Concours de médecin et de chirurgien des hôpitaux militaires

5 Novembre. — *Paris*. Assistance publique, 10 heures. Réunion de la Commission chargée d'établir la liste d'aptitude aux fonctions de chef de laboratoire de bactériologie des hôpitaux de Paris.

6 Novembre. — Facultés de médecine. Concours d'agrégation

6 Novembre. — *Rouen*. Concours de l'internat des hôpitaux de Rouen.

9 Novembre. — *Angers*. Concours de stomatologiste des hôpitaux d'Angers.

10 Novembre. — *Paris*. Ministère de la Guerre (troupes coloniales). Dernier délai d'inscription des candidats à la chaire d'hygiène militaire, tropicale et sociale à l'École d'application du service de santé des troupes coloniales

10 Novembre. — *Bordeaux*. Hôpitaux de Bordeaux. Concours pour une place de médecin résidant à l'hospice général.

13 Novembre. — *Rouen*. Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Rouen.

14 Novembre. — *Paris*. Hôpital des Enfants-Malades. Clinique médicale des enfants, 10 heures : Leçon clinique par le professeur Nobécourt.

15 Novembre. — *Paris*. Société de radiologie. M. Dariaux Dernier délai d'envoi des thèses présentées pour un prix.

16 Novembre. — *Paris*. Faculté de médecine. Concours de chirurgien adjoint des hôpitaux de Versailles.

16 Novembre. — *Paris*. Assistance publique. Dernier délai de dépôt des mémoires pour le prix Civiale.

16 Novembre. — *Paris*. Hôpital Tenon. Réunion de la Société de laryngologie des hôpitaux de Paris.

16 Novembre. — *Paris*. Concours d'assistant en médecine et en chirurgie des hôpitaux coloniaux.

17 Novembre. — *Bordeaux*. Hôpitaux de Bordeaux. Concours de l'internat en pharmacie.

17 Novembre. — *Paris*. Faculté de pharmacie. Concours de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'École de médecine de Tours.

18 Novembre. — *Paris*. Concours d'assistant de bactériologie et d'électro-radiologie des hôpitaux coloniaux.

## CHRONIQUE DES LIVRES

**Conseils aux tuberculeux et à leur entourage**, par P. Colomban, ex-interne du sanatorium d'Hauteville, diplômé de l'Institut d'hygiène de l'Université de Paris, médecin du Service des tuberculeux à l'hôpital de Grasse. Préface du Dr E. Rist. 1 vol. de 170 pages avec 4 radiographies. Prix : 16 francs (*Masson*, 1931).

La lutte contre la tuberculose s'organise méthodiquement dans la plupart des pays du monde. Si les résultats obtenus sont de plus en plus encourageants, les médecins se heurtent trop souvent encore à l'indifférence ou à l'ignorance des individus. Ce petit livre est fait pour les aider.

Écrit par un médecin qui possède une expérience considérable de la tuberculose et des tuberculeux, il a précisément pour but de renseigner le malade sur la nature de sa maladie et sur les moyens efficaces qu'on peut lui opposer. La tâche du médecin se trouvera ainsi facilitée, et il obtiendra du malade éclairé sur sa situation des résolutions courageuses, indispensables à sa guérison.

Ce livre contient sur le diagnostic et la prophylaxie de la tuberculose, sur son traitement par la cure diététo-hygiénique, sur le pneumothorax artificiel et la méthode chirurgicale, sur la vie sociale des tuberculeux, une série de très utiles notions. « C'est, comme le dit excellemment son préfacier, le Dr Rist, faire œuvre très utile et rendre à ses semblables un service éminent que de mettre à la portée du public non médical ce que tout tuberculeux, et aussi tout parent, ami ou conseiller du tuberculeux devrait savoir. » Le Dr Colombau a pleinement réussi dans sa tâche.

**Maladies de l'appareil respiratoire**, *Deuxième édition refondue*, par Fernand Bezançon, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, et S.-I. de Jong, médecin des hôpitaux de Paris, avec la collaboration du Dr André Bloch pour l'oto-rhino-laryngologie. Tome III des *Précis de pathologie médicale*. 1 vol. de 750 pages, avec 36 planches hors texte, dont 2 en couleurs. Prix : 70 francs (*Masson*, 1931).

Le succès légitime qui a accueilli ce précis lors de son apparition, a rendu nécessaire une nouvelle édition. Le professeur Bezançon, qui a, dans toutes les questions de pathologie respiratoire, une autorité incontestée et qui a tant contribué, avec son élève regretté de Jong, aux progrès réalisés depuis quelques années, a voulu présenter un livre nouveau, entièrement refondu. Le lecteur y trouvera un exposé très complet de ce que, dans l'état actuel de la science, un médecin doit savoir sur les maladies de l'appareil respiratoire. L'histoire des dilatations des bronches, de l'asthme, des pleurésies, de l'adénopathie trachéobronchique, des médiastinites est pleine d'acquisitions nouvelles que l'on aura plaisir à trouver exposées ici en un raccourci précis et clair sans développements inutiles. De nombreuses figures ajoutent encore à l'attrait de ce volume.

P. L.

# CHRONIQUE DES LIVRES *(Suite)*

*La syphilis.* Pour lutter contre ce terrible fléau, la *Société des Publications modernes* (37, rue de Liége, Paris-8e) a édité, sous la signature de M. Louis FOREST, fondateur de *l'Animateur des Temps nouveaux*, une brochure de propagande antivénérienne intitulée : *Ils étaient trois.*

Le succès considérable remporté par la première édition de cette brochure (75 000 exemplaires) a incité notre confrère à publier un nouvel opuscule, spécialement destiné à la classe ouvrière. Cette deuxième édition a été tirée en français, en polonais et en allemand.

Nous recommandons tout spécialement au Corps médical la diffusion de cette brochure, dont le prix, par quantités, est de 1 fr. 25.

---

# THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

## LES HYPERTENSIONS PAROXYSTIQUES

Il y a déjà longtemps que le professeur Pál (de Vienne) avait attiré l'attention des cliniciens sur les « crises vasculaires » et en particulier sur les crises vaso-constrictives, qui provoquent les poussées d'hypertension ; Huchard, à la même époque, insistait également sur ces phénomènes, dont il attribuait la production à l'action des produits du métabolisme incomplètement oxydés par insuffisance hépatique et rénale.

Actuellement cette question vient d'être reprise par M. Villaret (*Presse médicale*, 393-397, 1931), qui les dénomme « hypertensions artérielles paroxystiques ». Il étudie la physiopathologie, les modalités cliniques et la thérapeutique de ce syndrome, qui est caractérisé par une élévation transitoire, souvent rapide et importante, de la tension artérielle, s'accompagnant le plus souvent de manifestations cliniques graves.

Il estime que dans la plupart des cas ces phénomènes sont intimement liés à des décharges d'adrénaline dans le torrent circulatoire. Cette hypersécrétion transitoire serait provoquée, dans quelques cas, par une tumeur des capsules surrénales, mais le plus souvent par une excitation nerveuse de la secrétion adrénalinique d'origine centrale ou phériphérique ; la physiologie expérimentale confirme cette étiologie.

Dans quelques autres cas, ces hypertensions paroxystiques sont provoquées par des poisons minéraux, tels que le plomb, ou par des poisons organiques tels que l'ergotamine, ou encore par des produits du métabolisme dans les néphrites, l'éclampsie, l'œdème du poumon. Encore dans ces derniers cas, l'hypersécrétion adrénalinique joue-t-elle un rôle non négligeable.

Normalement, l'action de l'adrénaline est contrebalancée par celle de la choline, dont la présence dans la glande surrénale et le sang a été découverte par Desgrez et Chevalier (*C. R. Ac.sc.*, 12 janv. 1908) et dont Gautrelet et Pachon ont étudié et discuté le rôle dans la régulation de la pression sanguine.

Depuis, les études se sont poursuivies sur les dérivés et les éthers de cette choline, qui ont été reconnus plus actifs; en particulier, Hundt et Taveau ont montré que l'acétylcholine déterminait, par action sur le pneumogastrique et sur les muscles à fibres lisses, des phénomènes de vaso-dilatation et une chute rapide, mais peu durable, de la tension sanguine.

Villaret et Justin-Besançon ont utilisé en thérapeutique ces propriétés, avec succès, dans les hypervagotonies et les artérites; par contre, dans les traitements des manifestations et accidents de l'hypertension, par suite de sa saponification rapide, son action est trop passagère.

Comme le montrent Rotky et Klein (*Med. Klinik*, 1542-1574, 1923), dans l'artériose avec hypertension il existe d'une façon habituelle une excitation et une irritabilité exagérées du système vaso-constricteur et une hyperactivité de la glande surrénale. C'est surtout contre elles qu'il faut agir pour faire une thérapeutique rationnelle et non sur les symptômes provoqués; il faut rétablir l'équilibre neuro-végétatif qui commande la vaso-motricité des petits vaisseaux périphériques.

C'est uniquement par suite de la diminution de l'excitabilité du système nerveux central que l'on obtient une baisse de la pression sanguine lorsqu'on administre à l'hypertendus du chloral ou d'autres médicaments du même ordre; c'est également en raison de leur action nervine que les préparations de gui déterminent l'hypotension. Les recherches de Chevaller, de Fubini et Antonini, celles plus récentes du professeur Busquet montrent nettement que l'hypotension durable est surtout conditionnée par la diminution de l'excitabilité bulbo-médullaire et celle du pneumogastrique avec vaso-dilatation périphérique et relâchement des vaisseaux par diminution de leur tonus, ce qui permet la persistance du phénomène.

Avec le gui, il ne se produit pas d'action dépressive sur le cœur, comme avec l'acétylcholine, mais au contraire, une amélioration du travail de cet organe, comme l'ont établi Huchard et Lagrange. Dernièrement encore H. Ebster et A. Jarisch (*Arch. f. exp. Path. u. Pharm.*, CXLV, 293-311-312-320, 1929) assimilent l'action du gui sur le cœur à une action digitalique (ralentissement, renforcement) grâce surtout à son action sur le pneumogastrique.

De plus, le gui est un diurétique azoturique et déchlorurant; cette action secondaire contribue également à prolonger son action hypotensive en permettant l'élimination rapide des déchets azotés hypertenseurs et l'eau en excès retenue à la faveur des chlorures dans les tissus et la circulation générale.

Les récents travaux de Nicolini (*Arch. di Farmaco. sperim. e. sc. affini*, XLIII, 3-27, 1927) confirmant ceux de Chevalier, Leprince, Barbieri, nous renseignent sur les principes actifs de cette plante, et la Guipsine reste le seul médicament physiologique à utiliser dans les troubles circulatoires ne relevant pas d'une affection organique du cœur et spécialement dans les hypertensions paroxystiques.

# VARIÉTÉS

## HOMÉOPATHIE

Par W. KOPACZEWSKI.

Les progrès récents des diverses sciences expérimentales et, avant tout, de la colloïdologie tendent à donner à l'homéopathie un début d'explication.

En faisant abstraction des détails et de certaines pratiques secondaires, l'homéopathie est basée, en somme, sur les principes suivants :

1° Principe de similitude ;
2° Principe de périodicité ;
3° Principe des doses infinitésimales ;
4° Principe d'activation ou de dynamisation.

HIPPOCRATE, dans le chapitre « Les lieux dans l'homme », parle du principe de *similitude* que les médecins romains ont traduit par la locution bien connue « *Similia similibus curantur* ».

Samuel HAHNEMANN, vers la fin du XVIII^e siècle, a fait des expériences qui lui ont démontré l'intérêt de ce principe en thérapeutique. En effet, frappé par les nombreuses et complexes explications que les thérapeutes de son temps donnaient de l'action de la quinine, Hahnemann a résolu d'expérimenter sur lui-même; il absorbait durant plusieurs jours, à jeun, des doses variées de ce médicament ; il était surpris de constater que cette absorption provoquait chez lui des accès de fièvre intermittente, analogues à ceux qu'elle devrait guérir. Après avoir répété ces expériences sur ses patients et sur ses amis et avoir élargi cette expérimentation sur la belladone, la digitale, le mercure, etc., toujours avec les mêmes résultats, Hahnemann est arrivé à la conclusion que les médicaments utilisés guérissent grâce à la production d'un effet analogue à celui de l'agent morbide.

Toute paradoxale qu'apparaisse cette conclusion, elle semble pourtant conforme aux données de l'expérimentation moderne, ainsi que nous le verrons plus loin.

Les recherches thérapeutiques de Claude BERNARD lui ont permis de dire que « l'action et les effets désordonnés des substances médicamenteuses sont analogues et à l'action et aux effets des causes morbides ». ARNDT a pu conclure de ses travaux sur le protoplasma que les « petites excitations réveillent l'activité vitale, les excitations moyennes l'augmentent, les excitations fortes la jugulent, les excitations exagérées l'abolissent; de plus, l'excitation est proportionnelle, degré par degré, à l'excitabilité de l'individu. »

Pour admettre la valeur de la loi de similitude de Hahnemann, on peut invoquer le principe physique bien connu d'action et de réaction. Nous savons que chaque action agissant sur un système en équilibre provoque une réaction opposée. Par conséquent, un médicament antipyrétique devrait produire sur un individu normal une élévation de température, puisque, sur l'individu malade, il conduit à l'abaissement ; il s'ensuit ainsi que l'action d'un médicament est analogue à l'action de l'agent pathogène.

Mais, en dehors de ces analogies, l'expérimentation moderne apporte une série de faits plaidant en faveur de la réalité expérimentale du principe de similitude. Nous pensons à la thérapeutique des états de choc par le choc.

Dans une série de travaux, ininterrompue depuis 1914, nous avons formulé une conception physique, colloïdale, du choc anaphylactique et, en général, des divers états de choc. Nous avons analysé non seulement la symptomatologie ou les lésions anatomo-pathologiques de ces états, mais aussi les modifications humorales qui les accompagnent ou les précèdent. Cette analyse des chocs a permis de les identifier, d'une part, avec certains états pathologiques (maladie sérique, chocs médicamenteux divers, asthme, hémoglobinurie paroxystique, urticaire, anaphylaxies alimentaires, etc.) et, d'autre part, avec les diverses réactions de l'organisme consécutives à l'introduction d'agents médicamenteux variés (vaccins, sérums curatifs, protides, colloïdes de synthèse, etc.).

En effet, dans tous ces cas, aussi bien la symptomatologie que les modifications humorales, telles que la leucopénie, la plaquettopénie, la chute de pression artérielle, les troubles de la coagulabilité sanguine, la sédimentation des globules rouges, l'abaissement de la tension superficielle, etc., sont celles du choc anaphylactique.

Nous avons tiré de l'ensemble de ces recherches, en 1925, la conclusion suivante : « la protéinothérapie, tout comme la colloïdothérapie et la transfusion du sang, est une thérapeutique par le choc. *Similia similibus curantur* (p. 241).... Toutes les recherches actuelles doivent être dirigées vers les deux questions suivantes : quel degré de choc la substance colloïdale déterminée va-t-elle provoquer et quel degré de choc l'organisme malade est-il en état de supporter ? (p. 272) » (1).

En résumé, non seulement au point de vue théorique, mais aussi au point de vue expérimental, le principe de similitude cadre bien avec les tendances actuelles de la science.

Examinons la valeur du second principe de l'homéopathie, celui de la *périodicité*. Nous avons attiré l'attention des chercheurs sur le caractère général de cette périodicité dans la nature. En

(1) Voy. W. KOPACZEWSKI, Pharmacodynamie des colloïdes. Paris, 1923-1925, Doin éditeurs.

effet, si les réactions périodiques ont été surtout observées avec des colloïdes, il ne s'ensuit point que d'autres phénomènes physiques ou chimiques en soient éliminés (1).

On sait, par exemple, que la structure et la dureté des aciers et des alliages varient avec le nombre de trempes reçues (Le Chatelier) ; les cristallisations diverses revêtent une allure périodique (Hedges et Myers) ; les phénomènes électriques se prêtent d'une manière toute particulière à l'observation de cette périodicité (décharges, émissions ioniques, électrolyse, vibrations électromagnétiques, etc.). La périodicité s'observe aussi dans les phénomènes acoustiques et lumineux.

La chimie est aussi riche en exemples de périodicité ; périodicité des éléments (Mendeleeff), périodicité des précipitations, des réactions de double composition (Lottermoser), des phénomènes catalytiques (Bredig), des fermentations (Groll, Kœhler), de l'adsorption (Pewsner), des propriétés révélatrices (Lueppo-Cramer), etc. Toutes ces constatations sont bien établies, mais passées souvent sous silence, car elles cadrent mal, parfois, avec les doctrines enracinées.

Mais ce sont surtout les phénomènes colloïdaux qui constituent le siège de prédilection de la périodicité : la labilisation des colloïdes est un phénomène réversible (Freundlich, Kopaczewski) ; leurs caractères dépendent essentiellement des divers facteurs et se présentent sous des aspects variés et périodiques selon le temps d'action, les concentrations, etc. Nous en avons donné de nombreux exemples dans nos travaux. La dessiccation des colloïdes permet d'obtenir des structures périodiques (Mœller, Leduc).

En médecine, de nombreux exemples de périodicité ont été signalés et sont de pratique courante : l'action du sulfate de sodium, de la morphine, de la valériane, de la quinine, de l'alcool, de l'ipéca, etc., dépend de la dose utilisée : à faibles doses, l'action est opposée à celle des hautes doses. Lépine, en 1889, a longuement étudié cette reversibilité des actions médicamenteuses. Donc le principe de périodicité se retrouve, semble-t-il, danstous les phénomènes physiques et biologiques.

Or, ce principe de réversibilité d'action en fonction de la dose est justement utilisé par les homéopathes.

Examinons le principe des *doses infinitésimales*.

On peut envisager cette question à deux points de vue : matériel et énergétique. On sait que les dilutions ou les divisions homéopathiques s'étendent très loin, jusqu'au delà de la millième dilution, ceci veut dire que la quantité administrée est de l'ordre de $1\,000^{-10}$. La science expérimentale moderne justifie-t-elle cette pratique ? En partie seulement, il faut l'avouer, mais il faut dire aussi que la question est complexe et la tendance actuelle est orientée vers l'étude des actions « infinitésimales ».

En effet, matériellement parlant, nous expérimentons maintenant, avec des doses vraiment infimes ; ces doses possèdent, parfois, une action beaucoup plus forte que les doses élevées. En voici le tableau qui résume l'état de nos connaissances sur l'activité des petites doses et la limite aujourd'hui déterminée de ces quantités (tableau).

| *Substances.* | *Dilution.* | *Action.* | *Auteur.* | *Dilution homéopathique.* |
|---|---|---|---|---|
| KI | $1.10^{-5}$ | Toxicité (poissons). | | $D_5$ |
| Aldéhyde formique | $10^{-6}$ | Fermentation lactique. | Richet. | $D_6$ |
| Petrole | $1.10^{-6}$ | Couche monomoléculaire (eau). | Langmuir. | $D^6$ |
| Ag | $6.10^{-7}$ | Toxicité (*Aspergillus*). | Rollin. | $D^7$ |
| HCN | $5.10^{-8}$ | Arrêt de la catalyse ($H^2O^2$). | Bredig. | $D_8$ |
| Sr | $1.10^{-8}$ | Analyse spectrale. | Donau | $D_8$ |
| Na | $0.3.10^{-9}$ | -- | -- | $D_9$ |
| Cu | $6.10^{-11}$ | Oxydation ($NaHSO^4$). | Titoff. | $D^{11}$ |
| Uranine | $5.10^{-10}$ | Couleur ($H^2O$). | -- | $D_{10}$ |
| Bleu de méthylène | $1.10^{-11}$ | Analyse capillaire. | Goppelsrœder. | $D_{11}$ |
| HCl | $3.10^{-11}$ | Analyse microchimique. | Emich. | $D_{11}$ |
| Musc artificiel | $1.10^{-12}$ | Odeur. | -- | $D_{12}$ |
| Mercaptane | $2.2.10^{-12}$ | Odeur. | E. Fischer. | $D_{12}$ |
| Camphre | $10^{-15}$ | Action sur le cœur. | Heubner. | $D_{15}$ |
| Radium C | $10^{-17}$ | Mesure électroscopique. | Paneth. | $D_{17}$ |
| Poids absolu d'une molécule | $10^{-22}$ | | | $D_{23}$ |
| Poids absolu d'un atome d'hydrogène | $1.66.10^{-25}$ | | | $D_{24}$ |
| La masse d'un électron | $0.8.10_{-27}$ | | | $D_{27}$ |

(1) Voy. W. Kopaczewski, *Nature*, 1er septembre 1931.

## VARIÉTÉS *(Suite)*

Ce dernier chiffre montre qu'au delà de la dilution 27 il ne doit rien rester de matériel.

Cette conclusion serait incorrecte.

En effet, en admettant même que le proton soit indivisible, il ne faut pas oublier le côté énergétique de la question. Nous savons, en effet, depuis les travaux de Plank et de Frank, que la matière se compose non seulement d'unités finies, mais qu'elle rayonne une énergie. On a calculé que 1 gramme de la matière, se composant de particules vibrantes dont la vitesse serait celle de la lumière, rayonnerait $10^{-47}$ quanta (Fenner). Mais, il est évident que c'est là une pure hypothèse : la libération de cette énergie cinétique est toujours liée à l'existence d'une particule matérielle ; la libération totale de la matière en quanta énergétiques ne s'observe pas avec des éléments radioactifs. De plus, la libération de cette énergie est tellement rapide qu'il est impossible de la concevoir dans des dilutions médicamenteuses correspondantes, quelque temps après leur préparation. Enfin, l'énergie en question est entièrement dépourvue de spécificité d'action.

De sorte que la divisibilité matérielle reste actuellement l'arbitre des dilutions homéopathiques.

Au delà, c'est l'hypothèse, pour le moment tout au moins.

Mais le principe suivant de l'homéopathie permet, peut-être, de reculer davantage ces limites matérielles. C'est *le principe de dynamisation*, ou *d'activation*.

Il ne faut pas oublier, tout d'abord, que les dilutions homéopathiques s'accompagnent d'une agitation énergique dans le solvant ; il se peut donc que le solvant n'assiste pas passivement à cette agitation et subisse, lui aussi, des modifications.

De nombreuses réactions et phénomènes physiques ou chimiques peuvent être invoqués en ce sens.

Tout d'abord, l'ancienne conception considérant l'eau comme un solvant indifférent est revenue erronée ; nous savons aujourd'hui que l'eau est un corps très actif, dont l'action est d'autant plus énergique que sa quantité par rapport à la substance dissoute ou dispersée est grande. Ce fait est dû à la dissociation électrique en ions des molécules d'eau et celle du corps dissous ; or, d'après les conceptions récentes (Debye, Hueckel et autres), l'activité des ions croît avec la dilution. La conception de la dissociation électrique de Grotthus-Arrhenius a subi une correction dans ce sens que l'on considère actuellement toutes les dissolutions des électrolytes, même saturées, comme dissociées d'emblée en ions ; mais, dans ces cas, l'activité des ions se trouve contrecarrée par les forces électrostatiques interioniques, qui cessent de jouer lorsque, dans les solutions diluées, les distances entre les ions deviennent trop grandes. Une autre correction a été apportée par Haber, et, selon cet auteur, les sphères d'action moléculaires s'élargissent non seulement, comme on le croyait auparavant, à une distance monomoléculaire, mais au delà.

On conçoit donc que l'activité des ions sera d'autant plus énergique que leur densité, autrement dit la concentration de substances variées, sera faible.

La chimie connaît de nombreux exemples de réactions dont l'allure dépend de la concentration des substances utilisées. Ainsi, l'acétone est transformé en alcool dicétonique par de faibles quantités d'alcali, en présence de faibles quantités d'eau ; mais il suffit, une fois cette réaction accomplie, de diluer le corps obtenu pour rendre la réaction réversible et retrouver l'acétone (Kœlichen) ; les divers esters, tels que les acétates de méthyle ou d'éthyle, sont parfaitement stables en l'absence d'eau, mais il suffit d'ajouter une certaine quantité de ce « solvant indifférent » pour libérer l'acide acétique et l'alcool correspondant.

Dans la colloïdologie, on sait que la préparation des colloïdes est souvent d'autant plus aisée que les concentrations utilisées sont plus faibles : c'est le cas de l'or colloïdal obtenu à partir du chlorure d'or par la réduction avec l'aldéhyde formique (méthode de Zsigmondy) ; bien d'autres exemples peuvent être cités à l'appui des faits invoqués (1).

Or une forte dilution et une grande dispersion d'une substance mettent en avant des propriétés nouvelles.

Ainsi, le pouvoir labilisant ou dispersant des divers corps chimiques dépend de leur concentration : l'albumine est coagulée, comme on le sait, par le sulfate d'ammonium, lorsqu'on introduit cet électrolyte en nature ou en solution très concentrée ; mais on peut ajouter la dose coagulante, sans provoquer une coagulation de l'albumine, lorsque cette addition s'effectue en présence de grandes quantités d'eau. Pareillement, on coagule la fraction la plus labile des protides sériques que l'on désigne habituellement par le terme de « globulines », en additionnant le sérum de 9 à 10 de son volume d'eau ; pourtant, dans ces conditions, la quantité des électrolytes nécessaires à leur dispersion reste la même, seule la concentration a varié.

Le mécanisme de ces activités nouvelles et spéciales des ions est, dans la plupart des cas, inconnu ; mais, parfois, on peut le ramener, soit

(1) Voy. W. Kopaczewski, État colloïdal et industrie, Paris, 1927, Bérenger éditeur.

## VARIÉTÉS *(Suite)*

à des réactions physico-chimiques d'adsorption ou de catalyse, donc à des réactions de surface, soit à des phénomènes chimiques d'hydrolyse.

En effet, nous savons que les phénomènes d'adsorption s'accomplissent surtout lorsque les corps en présence sont fortement dilués ou finement dispersés; bien plus, en concentrations fortes, non seulement la réaction d'adsorption est faible, mais souvent on assiste même à une adsorption dite « négative ».

On peut donc conclure que la pratique homéopathique représente vraiment, en l'occurrence, la véritable manière expérimentale de faciliter la fixation du médicament par les humeurs ou par les tissus organiques.

Les réactions d'hydrolyse sont également à invoquer dans l'administration des médicaments fortement dilués. Prenons, par exemple, une solution de chlorure d'étain : elle est transparente, puis, avec le temps, elle se troublera, et, si la concentration primitive était suffisante, un gel d'hydroxyde d'étain se formera grâce au phénomène d'hydrolyse. De même, une solution assez concentrée de nitrate de bismuth, trouble au début, mais clarifiée par l'addition d'acide nitrique, se troublera lorsqu'on la mélangera avec une grande quantité d'eau; cet exemple démontre que l'hydrolyse est d'autant plus active que la dilution est forte.

En résumé, les principes fondamentaux de l'homéopathie trouvent dans les résultats récents de la colloïdologie des bases expérimentales et une confirmation tout au moins partielle.

Certaines autres pratiques homéopathiques, telles que la répétition fréquente des doses faibles, l'administration fractionnée des médicaments, deviennent également compréhensibles : nous connaissons en colloïdologie de nombreux exemples où l'effet d'une substance est totalement différent selon la rapidité de l'addition. Ainsi, dans la coagulation des colloïdes, on constate fréquemment qu'une dose, introduite à la fois, provoque la coagulation d'un colloïde donné, mais la même dose, ajoutée par fractions, n'aboutira point au même effet. Bien plus, si l'on veut produire une coagulation d'emblée, il faudrait alors, malgré la présence préalable de la dose coagulante, en ajouter une autre pareille (Freundlich).

Ces faits, inconcevables pour un chimiste « classique », sont d'observation courante en colloïdologie.

Par contre, la science actuelle ne peut pas expliquer plusieurs autres pratiques thérapeutiques des homéopathes.

On sait, par exemple, que, à côté des dilutions aqueuses, on emploie en homéopathie des dispersions mécaniques dans des milieux « indifférents » tels que les graisses ou les sucres (lactose). Certains homéopathes prétendent que, de cette façon, ils arrivent à la division moléculaire des substances utilisées, permettant de considérer les actions médicamenteuses comme des actions moléculaires. Ce point de vue est, peut-être, erroné. Nous savons, en effet, que les moyens de dispersion les plus énergiques, autrement dit, à l'aide des « moulins colloïdaux », n'aboutissent que fort difficilement à la dispersion micellaire des métaux divers, à la préparation des colloïdes; de plus, on n'a pas obtenu par ce moyen mécanique une seule dispersion moléculaire, telle par exemple qu'une solution d'oxyde métallique, malgré la présence d'oxygène.

La pratique des homéopathes qui consiste en l'administration des divers produits prélevés dans les tissus pathologiques, tels que *syphilinum*, *tuberculinum*, *bacillinum*, *psorium*, etc., dans les glandes à sécrétion interne, etc., ne s'écarte pas beaucoup des méthodes thérapeutiques des allopathes ; mais c'est là un terrain qu'un physicien se gardera bien, pour le moment, d'aborder.

Il en est de même de la « typologie » des homéopathes.

On sait que, au point de vue thérapeutique, l'homéopathe ne se demande pas quelle est la cause de la maladie, mais comment l'organisme réagit ; l'homéopathie étudie le terrain ; le médicament doit être le *similinum* des symptômes morbides.

On scrute donc les réactions morbides et les réactions médicamenteuses, on les classe, on collectionne les observations et on dresse une liste des types de malades. Il y a un type *nux vomica*, *sulfur*, *carbonica*, etc. Selon les symptômes observés, le médicament est tout trouvé.

Quoiqu'on puisse admettre facilement que, d'une part, l'organisme n'a pas un choix illimité de manifester une atteinte morbide ; que, d'autre part, les médicaments ne peuvent agir que sur des organes déterminés, et par conséquent, leur action ne peut se traduire, elle aussi, que d'une manière limitée ; mais la valeur de cette schématisation échappe actuellement à toute appréciation expérimentale.

Néanmoins, d'après ce qui précède, on peut admettre que les médecins apprendront beaucoup en étudiant de plus près et sans parti pris les méthodes homéopathiques; ils pourraient s'inspirer de certains principes et utiliser certaines méthodes que la science expérimentale moderne réhabilite pleinement.

## VARIÉTÉS *(Suite)*

**Bibliographie.**

HAHNEMANN (S.), Traité de matière médicale homéopathique, Paris, 1891 ; — Étude de médecine homéopathique, Paris, 1885 ; — Exposition de la doctrine homéopathique, Paris, 1873.

ALLENDY, Les tempéraments, Paris, 1922.

MOUÉZY-ÉON, Les doctrines de l'homéopathie, Paris, 1929.

TRAUBE (J.), *Münch. med. Woch.*, t. LXXII, 1925, p. 1422.

FREUNDLICH (H.) et SŒLLNER (K.), *Biochem. Zeit.*, t. CCIII, 1928, p. 3.

SEYBOLD (A.) *Biol. Zentrabl.*, XLVII, 1927, p. 102.

SCHWARTZ (W.) et STEINHART (H.) *Arch. Mikrobiol.*, t. II, 1931, p. 261.

HEUBNER (W.) Affekt und Logik in der Homœopathie, Berlin, 1925.

WARBURG (O.) et BREFELD (W.), *Biochem. Zeit.*, t. CXLV, 1923, p. 463.

KŒLICHEN (K.), *Zeit. physik. Chem.*, t. XXXIII, 1900, p. 129.

HABER (F.), *Journ. Franklin Inst.*, t. I, 1925, p. 437.

KOPACZEWSKI (W.), *Nature*, 1928, p. 20 ; — Traité de biocolloïdologie, Paris 1931, Gauthier-Villars édit., t. III, p. 365-427 ; — État colloïdal. Réactions colloïdales, t. III (Adsorption), Paris, 1927, Bérenger édit.

LÉPINE (R.), *Semaine médicale*, 1886.

DEJUST (L.-H.), Examen critique de l'homéopathie, Paris, 1922, Vigot éditeur.

## LA MÉDECINE AU PALAIS

### EXERCICE ILLÉGAL DE LA PHARMACIE

Nous avons à maintes reprises, dans *Paris médical*, exposé les décisions de jurisprudence relatives aux diverses situations commerciales qui entraînent à la charge des contrevenants la sanction du délit d'exercice illégal de la pharmacie.

Les textes qui fixent l'exercice de la pharmacie donnent lieu constamment à des interprétations de jurisprudence, et c'est pourquoi il apparaît intéressant de relever les décisions des tribunaux relatives aux conditions dans lesquelles les pharmaciens exercent illégalement la pharmacie quand ils tiennent à la fois plusieurs officines.

La loi du 21 germinal an XI, dans son art. 25 interdit l'exercice de la pharmacie à toute personne autre que les pharmaciens, mais elle n'édicte

## LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

aucune peine. Toutefois, on admet généralement que les infractions à l'article 25 se trouvent punies de peines portées à l'article 6 de la déclaration du 25 avril 1777.

C'est en ce sens que s'est prononcée la Chambre criminelle de la Cour de cassation, le 26 novembre 1875 et le 24 octobre 1889 (*Bulletin criminel*, nº 321 et nº 333). Si on applique le texte de la déclaration de 1777, on y voit que la peine est de « 500 livres d'amende, ou de plus grande s'il y échoit ».

Ce texte, qui était régi par les coutumes de l'ancien droit, ne peut plus être intégralement appliqué aujourd'hui, car il est de principe de droit pénal que le juge ne peut avoir la libre appréciation de la peine et qu'il doit conformer sa décision à l'appréciation stricte des textes. C'est pourquoi, tout en appliquant la déclaration de 1777, les tribunaux s'en tiennent à la peine de 500 francs, sans appliquer jamais une amende plus grande, même si le délit leur paraît grave, parce que le texte de la déclaration de 1777, qui laisse le libre arbitre aux tribunaux, se trouve en contradiction avec le droit pénal moderne.

En appliquant la jurisprudence de la Cour de cassation, les tribunaux déclarent généralement qu'est passible de cette amende de 500 francs quiconque ouvre une officine sans avoir rempli toutes les formalités qui sont prescrites par la loi du 21 germinal an XI, même si le pharmacien est muni d'un diplôme.

Ainsi, nous avons vu que le pharmacien qui ne fait pas enregistrer son diplôme, de même que le pharmacien qui n'est pas propriétaire de son officine, contreviennent à l'article 25 de la loi du 21 germinal an XI.

Nous avons vu également que, quand une société est formée entre un pharmacien et un non-pharmacien, et quand il résulte des circonstances de l'inculpation que cette société cache en réalité une autre situation, notamment quand c'est le non-pharmacien qui est le véritable propriétaire de l'officine et quand le pharmacien n'est que son commis salarié, il y a lieu à sanction.

En ce sens : Arrêt de Cassation, Chambre criminelle 9 février 1925 (*Bulletin criminel*, nº 64); Cassation, 21 février 1898 (Cirey, 1899-1-71), et Cour de Rouen, 24 décembre 1901 (Dall. 1902-2-397).

## LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

Plus spécialement, en ce qui concerne la gestion simultanée de deux officines, la Cour de Lyon, par un arrêt du 24 février 1909, a déclaré que le pharmacien qui ne dirige pas personnellement son officine et s'absente constamment, contrevient à la loi de germinal an XI.

Et la Cour de cassation, dans un arrêt du 11 août 1838 (*Bull. criminel*, n° 277), admettant la même thèse, a jugé que quand un pharmacien possède deux officines dans deux villes distinctes, et quand il se trouve de ces faits dans l'impossibilité de les surveiller effectivement toutes les deux, il est passible des peines prévues à l'article 6 de la déclaration de 1777.

Toute cette jurisprudence quelque peu ancienne a repris un intérêt par le fait que, dernièrement, deux tribunaux ont jugé en sens inverse et qu'un arrêt de la Cour de Riom a, sur appel, admis dans le cas de gestion simultanée de deux officines qu'il y avait exercice illégal de la pharmacie.

Le 13 novembre 1928, le tribunal correctionnel de la Lozère s'écartait de la jurisprudence habituelle de la Cour de cassation. Ce tribunal déclarait que l'interdiction d'exploiter plusieurs officines n'avait aucune sanction légale, et qu'en conséquence, le pharmacien qui avait contrevenu à cette obligation ne pouvait être condamné.

Le tribunal estime que, ne trouvant aucune peine correctionnelle applicable, il y avait lieu à acquittement, mais en même temps il prononçait la fermeture de l'officine au titre de réparation civile.

Cette apparente contradiction se justifiait parce que le tribunal de la Lozère estimait que, d'une part, le pharmacien avait commis un délit et qu'en conséquence ce délit devait entraîner la fermeture de la pharmacie ; mais que, d'autre part, ce délit n'étant pas puni par une peine prévue par la loi, il y avait lieu à acquittement du point de vue pénal.

D'après ce jugement, on se trouvait en présence d'un fait délictueux non punissable mais entraînant des sanctions civiles.

Le jugement du tribunal de la Lozère est curieux, et nous le publions intégralement.

*(A suivre.)*

ADRIEN PEYTEL,
*Avocat à la Cour d'appel.*

# NÉCROLOGIE

## LE DOCTEUR MIHRAN KEMHADJIAN

L'Union des Médecins Arméniens est endeuillée par la mort de son premier président d'honneur, le Dr Mihran Kemhadjian, qui est mort à l'âge de soixante-dix-neuf ans, le 9 septembre dernier.

Le Dr Kemhadjian a été le fils de ses œuvres. Il a commencé ses études médicales très jeune, à l'École militaire de Constantinople. Sorti un des premiers de l'École de médecine, il a été d'abord médecin militaire dans l'armée ottomanne. Avide de science et de progrès, il est venu à Paris à l'âge de trente ans pour recommencer ses études de médecine.

Malgré l'apparence de sa santé physique peu encourageante, le Dr Kemhadjian avait une santé morale très solide. Il a donc recommencé ses études et a travaillé trois ans comme un simple étudiant et a terminé son doctorat par une thèse sur « l'albuminurie provoquée ».

Esprit distingué, médecin érudit, clinicien accompli, il s'est fait très vite une clientèle personnelle dans la haute société arménienne et française de Paris.

Le gouvernement français a su apprécier les qualités morales et intellectuelles de ce praticien et lui a décerné d'abord le ruban et ensuite la rosette de la Légion d'honneur.

Nous présentons ici à son fils et à sa famille les condoléances de l'Union des médecins arméniens.

Dr P. Cololian,
*Président de l'Union des Médecins Arméniens de Paris.*

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 20 octobre 1931.*

**Notices nécrologiques.** — M. Breteau lit une notice sur M. Léon Grimbert, membre titulaire dans la section de pharmacie, récemment décédé.

M. Lesné rappelle la vie et les travaux de M. Raynaud (d'Alger), membre correspondant national) mort il y a quelques semaines.

**Le kaolin bismuthé.** — M. Hayem montre les avantages qu'il y a à employer en thérapeutique gastro-intestinale le kaolin bismuthé à la place du carbonate de bismuth dont le prix est très élevé. La formule employée par M. H. Hayem est la suivante : un quart de bismuth pour trois quarts de kaolin.

M. H. Vincent, se basant sur son expérience personnelle, estime qu'il y a lieu de stériliser au préalable le kaolin.

**Les pyréthrines.** — MM. Gaudin et Carron ont étudié l'action des pyréthrines sur la musculature des helminthes (présentation faite par M. Parrot)

**Action histophysiologique de l'insuline sur l'hypophyse ; son mécanisme et ses conséquences sur l'ensemble de l'organisme.** — MM. R. Collin, P. Drouet, J. Wattrin et P. Florentin ont examiné le bien-fondé de l'hypothèse d'un certain antagonisme fonctionnel entre le pancréas endocrine et l'hypophyse (Houssay, M. Labbé, Escalier, Gilbert-Dreyfus) : l'hypophyse stimulerait la glycémie, le pancréas la freinerait.

Par des injections minimes mais répétées d'endopancrine, les auteurs ont observé une action immédiate sur le foie : disparition des réserves de glycogène ; immédiate sur les surrénales : excrétion de l'hormone dans le sang par les cellules adrénalinogènes.

L'adrénalinémie, que rend évidente la spléno-contraction concomitante, provoque une forte hyperactivité hypophysaire. Là ou les hormones hypophysaires entraînent la suractivité thyroïdienne, celle-ci retentit à son tour sur le thymus dans le sens de l'atrophie, sur le pancréas endocrine dans le sens de l'hypertrophie, conséquence dernière qui attire l'attention sur l'intérêt possible d'une opothérapie associée pour une restauration fonctionnelle éventuelle du pancréas.

**Nouvelles preuves de la rareté du cancer en Egypte.** — M. Schrumpf-Pierron (présentation par M. Delbet).

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du mercredi 14 octobre 1931.*

**A propos du traitement des tuberculoses articulaires par l'huile iodée.** — M. Sorrel rapporte une importante série de tentatives thérapeutiques pour des coxalgies ou des tumeurs blanches du genou. Après dix-huit mois d'essais, M. Sorrel est arrivé à la conclusion que les injections d'huile iodée sont sans aucun effet. Puis l'auteur rappelle que le diagnostic de tuberculose articulaire est souvent difficile à poser et qu'on n'a pas le droit d'affirmer ce diagnostic sans preuve bactériologique.

**A propos de certains ostéomes de la face interne de l'extrémité inférieure du fémur.** — M. Mauclaire a déjà observé plusieurs cas semblables à ceux communiqués par M. Fredet.

M. Manclaire pense qu'il s'agit rarement d'arrachement osseux, mais le plus souvent d'ostéomes passagers qui disparaissent spontanément.

**Large perforation utérine avec inclusion de l'intestin grêle.** — M. Proust analyse cette observation de M. Bergouignan, qui, après laparotomie, fait l'hystérectomie suivie de résection de l'anse intestinale herniée.

M. Mocquot, dans un cas analogue, n'a pas cru devoir faire l'hystérectomie et a également guéri sa malade.

M. Basset a observé cinq cas de perforation utérine sans extériorisation de l'intestin; dans quatre cas il a fait simplement la suture et dans un seul il a dû pratiquer l'hystérectomie.

M. Sauvé s'est également dans un cas borné à la suture ; sa malade, dans la suite, mena à bien une grossesse.

M. Moure, dans un même cas, a fait l'hystérectomie et sa malade mourut.

# SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

M. Brocq, sur quatre cas, a fait deux hystérectomies et deux sutures. Il en conclut que les indications sont variables suivant l'état de l'utérus.

**A propos de treize ulcères gastro-duodénaux perforés.** — M. Proust analyse ces treize observations communiquées par M. J. Bourde (de Marseille). L'auteur a constaté sept fois l'existence de la sonorité préhépatique; il a eu quatre morts. M. Bourde a toujours terminé par drainage sus-pubien, et fait la gastro-entérostomie dans près de la moitié des cas.

**Cancer du côlon sigmoïde chez un jeune homme de quinze ans.** — M. Guimbellot relate cette observation de MM. Matignon et Fruchaud (d'Angers). Après radiographie, on pense plutôt à un mégacôlon, étant donné l'âge du malade ; puis on est secondairement amené à opérer à l'occasion d'un épisode aigu. M. Fruchaud intervient par laparotomie latérale gauche. Résection d'une tumeur sténosante du côlon pelvien, abouchement à la peau. Guérison. Quatre mois plus tard, à la réintervention, on trouve déjà des récidives locales qui l'empêchent de supprimer l'anus iliaque.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un épithélioma atypique.

Le rapporteur insiste sur la rareté des cancers coliques avant vingt ans.

**Traitement des artérites oblitérantes par les résections artérielles.** —M. Grégoire analyse une très intéressante observation de M. René Fontaine (de Strasbourg). Homme de quarante-neuf ans présentant une histoire typique d'oblitération artérielle. Résection de 22 centimètres de fémorale, et section de la veine entre deux ligatures. Vingt-cinq jours après le malade, très amélioré, sort de l'hôpital et revient un an plus tard pour un syndrome analogue *du côté opposé*. On fait donc du côté droit une résection de 12 centimètres. Guérison.

M. Grégoire estime que l'intervention agit essentiellement par une résection complète et parfaite du sympathique. Au demeurant, l'ablation d'un cordon fibreux plein ne peut en rien compromettre la vascularisation du membre.

M. Mouré estime que la résection d'un cordon fibreux artériel s'oppose à la résection d'un segment d'artère saine.

**Corps étranger du duodénum.** — M. Fredet rapporte une observation de M. Tisserand (de Besançon) qui a procédé à l'ablation d'une épingle de nourrisson et a pu parfaitement guérir son petit malade.

**Artériographie.** — M. Dos Santos présente des radiographies d'injections artérielles au bioxyde de thorium.

**La mortification brutale des fibromes dans le cours de la grippe.** — M. Rouhier en a observé trois cas au cours des dernières épidémies de grippe, tous trois caractérisés par une syndrome péritonéal aigu. Dans les trois cas, l'opération s'est terminée par le succès.

*Séance du 21 octobre 1931.*

**A propos des ulcères peptiques.** — M. Lapointe a observé trois cas d'ulcère peptique après gastro-entérostomie. Dans le premier cas on fait la gastro-entérotomie pour ulcère adhérent au pancréas, et seize mois plus tard on trouve un gros ulcère sour l'anse afférente Gastrectomie et Polya. Dans le second cas, on doit faire une dégastro-entérostomie, résection jéjunale et Polya. Dans le troisième cas, après oblitération d'un ulcère perforé on réintervient, et malgré une périgastrite intense on supprime la gastro-entérostomie, on excise l'ulcère, et l'on termine par un Péan.

M. Gosset insiste sur la nécessité de sectionner le jéjunum en tissus sains.

**Hématome périnéal spontané.** — M. d'Allaines en rapporte deux observations de M. Hertz. Dans l'une il s'agit d'un malade opéré de polype vésical. Les hématuries persistèrent durant trois ans, lorsque apparut un gonflement brutal de la région lombaire. Incision transpéritonéale d'un hématome.

Chez le second malade, la tuméfaction lombo-iliaque apparut sans antécédents. Dans le premier cas on trouve un gros rein bosselé, dans le second il s'agit d'un sarcome

M. d'Allaine, rappelle que les néphrites chroniques et les tumeurs rénales sont les deux grandes causes d'hématurie.

**Ligature de la coronaire et de la pylorique au cours d'une hématémèse grave.** — M. d'Allaines rapporte une observation de M. Faucher (d'Orléans). M. Faucher opère à l'anesthésie locale un malade sans pouls, il trouve une tumeur de la petite courbure grosse comme une mandarine, lie les deux artères, et sauve son malade. Plusieurs mois plus tard, reintervention pour gastrectomie ; il n'y a plus trace d'ulcère.

Puis le rapporteur étudie les indications opératoires dans les ulcères hémorragiques.

M. Picot a vu M. Cunéo réaliser avec succès la même intervention.

M. Moulonguet est intervenu deux fois dans des cas analogues ; une fois il a fait la résection, une fois n'a rien trouvé et a fait la ligature des quatre pédicules gastriques. Guérison dans les deux cas.

M. Mouré insiste sur la possibilité d'hémorragies pancréatiques ou hépatiques dans des ulcères perforants Dans un cas il a fait la gastrectomie et la diathermo-coagulation du segment hépatique de l'ulcère. Guérison.

M. Bréchot rappelle que M. Savariaud et lui-même ont guéri des malades par la simple gastro-entérostomie.

M. Duval voudrait voir se limiter la discussion au cas des hémorragies très graves.

M. de Martel emploierait volontiers l'action hémostatique considérable du muscle d'oiseau.

**Vingt-quatre cas de trépanation de tendons fléchisseurs de la main.** — M. Mathieu analyse ce travail de M. Marc Iselin. L'auteur a enregistré dans ses douze premiers cas, douze échecs ; dans la seconde série, il a eu sept succès et cinq échecs.

M. Aglave estime qu'une synoviale intacte est indispensable.

M. Brocq se demande si ces nouveaux procédés doivent faire abandonner la suture immédiate.

**A propos du traitement du cancer utérin.** — M. Mocquot rappelle que l'hystérectomie dite élargie est loin d'être l'intervention idéale. Il a seulement enlevé 8 fois quelques ganglions. Ils étaient de siège variable, malgré ce qu'a dit M. Leveuf ; et d'autre part l'exérèse ganglionnaire aggrave considérablement l'intervention.

Puis M. Mocquot insiste sur les excellents résultats

# SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

de la radiumthérapie, peut-être susceptible de suppléer à la chirurgie.

**A propos de la thoracoplastie.** — MM. PROUST et MAMER estiment que la résection des apophyses transverses donne un collapsus pulmonaire beaucoup plus complet.

**Arthrite déformante de la hanche.** — M. MATHIEU a obtenu un très beau résultat par la résection orthoplastique.

HENRI REDON.

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Séance du 9 octobre 1931.*

**Présentation par M. Dalimier d'un appareil destiné à traiter la sénescence et les asthénies masculines,** au moyen de la chaleur et de très faibles doses de rayons gamma du radium appliqués sur les glandes génitales.

M. PAUCHET fait un rapport sur un travail de M. SORESI (de New-York) au sujet d'une *incision latéro-postérieure pour l'appendicectomie.* Celle-ci présente les avantages suivants : pas de hernie consécutive, pas d'adhérences post-opératoires et moins de complications graves.

M. DALSACE, répondant aux critiques de M. Petit de la Villéon, estime que l'hystéro-salpingographie conserve ses indications propres à côté des interventions opératoires.

M. AUGUSTE MARIE présente une note sur les *avitaminoses* en rapport avec certains syndromes neuropsychiques (onichophagie, trichophagie, pica, malacie). Ces mêmes syndromes, observés sur les animaux d'élevage, se développent à l'occasion de déficience alimentaire et se corrigent par les vitamines totales. Il en est de même dans certains cas pathologiques de mutilation et de cannibalisme morbides qu'on ne puisse rapprocher chez l'homme et chez les animaux. Les animaux qui se mutilent ou dévorent leur progéniture, le font par avitaminose ; les mêmes procédés chez l'homme sont de même origine.

**A propos de science et laboratoire.** — M. GEORGES ROSENTHAL, à l'appui de sa communication, a reçu de M. Pron (d'Alger) deux articles du *Journal des Praticiens*, parus en août, où il montre combien le laboratoire peut parfois faire errer la clinique. Il lui paraît utile que l'étude critique continue.

M. GEORGES ROSENTHAL présente un rapport sur le traitement de la tuberculose par un complexe organo-métallique à base d'iode, de cadmium et d'or, préconisé par MM. Maigre et Pierre Reynier.

M. GEORGES ROSENTHAL analyse deux chapitres du livre de PIÉRY et ROSHEM sur l'histoire de la tuberculose et fait ressortir toute l'utilité de ces études historiques documentaires pour l'évolution des idées.

**Adduction d'air pur dans les villes.** — Pour M. GEORGES ROSENTHAL, les grandes agglomérations humaines ont deux nécessités de même ordre : il leur faut de l'eau potable, il leur faut de l'air respirable. L'auteur pose le problème non envisagé de l'air respirable qui sera capté dans les hautes régions de l'atmosphère, et canalisé dans les régions sans microbes. Le problème de l'adduction d'air ne peut manquer désormais de retenir l'attention des urbanistes.

P. PROST.

# REVUE DES CONGRÈS

## XLe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

*Paris, 5-10 octobre 1931.*

PREMIÈRE QUESTION

### Des ulcères peptiques post-opératoires. Pathogénie. Traitement.

Résumé du rapport de M. GOSSET (de Paris).

L'ulcère peptique n'est, certes, pas une complication fréquente. L'auteur estime que sur cent gastro-entérostomies on le rencontre deux ou trois fois.

Son importance tient à sa gravité et à la difficulté de son traitement plutôt qu'à sa fréquence.

Une intervention ayant été pratiquée, si bonne soit-elle contre un ulcère peptique, laisse cependant après elle une menace de récidive de cet ulcère.

Le but du chirurgien est donc pour ainsi dire double, puisque aussi bien, en face d'un ulcère peptique post-opératoire, il doit s'efforcer :

1° De supprimer cet ulcère ;

2° De prévenir la formation d'un nouvel ulcère peptique

Et d'abord, quand il a opéré un ulcère gastrique ou duodénal, la tâche du chirurgien n'est pas terminée. Il doit chercher, de préférence dans une collaboration intime avec le médecin, à compléter, à parfaire l'effet thérapeutique que l'acte chirurgical seul ne donne pas toujours au complet.

Les ulcéreux, même correctement opérés, demeurent des malades qu'il faut régulièrement revoir, contrôler, conseiller. Ils peuvent présenter des troubles liés à une gastro-entérostomie pratiquée consécutivement à un diagnostic erroné ou incomplet. Ces troubles sont dus parfois à un vice du transit duodénal ou intestinal, ou encore à des adhérences au voisinage de la bouche néoformée ou à distance.

D'autres sujets atteints de gastrite ne peuvent guérir que grâce à un régime longtemps suivi et intelligemment prescrit.

En prenant toutes ces précautions, on verra, certes, s'améliorer les statistiques et peut-être diminuer le nombre des ulcères peptiques.

Quoi qu'il en soit, ceux-ci s'annoncent d'ordinaire assez rapidement : au sixième jour dans un cas de Leriche, au bout de quelques semaines dans la plupart des cas.

Suivant les sujets, leur apparition se traduit soit par des douleurs, soit par des hémorragies, soit enfin par des signes de sténose.

L'examen radiographique s'impose naturellement. Il confirmera le diagnostic.

Que pouvons-nous contre cette complication redon-

(1) Association de la Presse médicale française.

table ? D'abord nous efforcer d'éviter son apparition par une thérapeutique prophylactique bien établie.

Et à ce point de vue, se basant sur sa grande expérience qui porte sur plus de 1 000 cas depuis 1920, le rapporteur rejette définitivement certaines opérations qui donnent un pourcentage d'ulcères peptiques par trop accusé. Ce sont les gastro-entérostomies en et l'exclusion du pylore complétant une gastro-entérostomie banale.

La méthode radicale qui devrait mettre à l'abri de toute menace d'ulcère peptique est à la fois curative et prophylactique : c'est la gastrectomie. Plus l'ablation de l'estomac sera largement conduite, plus rares seront les ulcères peptiques.

Pourtant, à supprimer trop d'estomac, à le réduire à un simple moignon, on évite un danger pour tomber dans un autre : l'anémie, qui peut suivre la gastrectomie large, et dont on publie ça et là de curieuses observations.

**Traitement médical.** — Il est aussi décevant que celui de l'ulcère primitif. Certains auteurs, voyant dans la prédisposition ulcéreuse une manifestation d'une syphilis plus ou moins larvée, ont préconisé le traitement antisyphilitique. Ce n'est pas une méthode qui puisse s'appliquer à tous les cas.

Les vaccins n'ont donné aucun résultat.

La radiothérapie amène dans 70 p. 100 des cas une sédation marquée et la disparition des douleurs. Elle est à conseiller chez les sujets fatigués qu'elle peut parfois rendre opérables. Quant à la dminution de l'acidité gastrique, elle ne l'obtiendrait qu'au prix de doses élevées et peut-être dangereuses.

**Traitement chirurgical.** — Il est dominé par deux caractéristiques de l'ulcère peptique :

1° Sa tendance à la récidive ;

2° Son inaptitude à la guérison spontanée.

On peut dire que son évolution tend au contraire à aboutir plus ou moins rapidement à la perforation ; il est donc logique d'opérer le plus précocement possible.

**Traitement conservateur.** — On peut pratiquer un simple incision de l'ulcère et fermer la perte de substance. Mais l'expérience a montré que le plus souvent cette seule intervention ne suffit pas. Il faut encore ou bien supprimer la gastro-entérostomie, ou bien la refaire dans de meilleures conditions.

Le mieux sans doute est de compléter la dégastro-entérostomie par une duodénectomie comportant la suppression des deux tiers antérieurs du sphincter.

Bien des autres, Enriquez parmi eux, ont vu dans la conservation du pylore une condition favorable à la réapparition de l'ulcère peptique.

L'installation d'une nouvelle gastro-entérostomie ne peut être qu'un pis-aller chez des sujets qui n'ont que trop démontré leur aptitude ulcéreuse. Elle ne serait de mise que sur des malades trop fatigués ou trop âgés pour subir une opération plus importante.

La gastrectomie. — Elle peut-être une excellente intervention, à condition de porter sur les deux tiers de l'estomac. A la rigueur, la suppression de la moitié de la poche gastrique, voire du tiers seulement, peut être suffisante si la continuité physiologique du tube digestif est rétablie par une anastomose à la Péan.

Deux cas sont à distinguer : l'ulcère peptique est consécutif à une gastro-entérostomie, ou bien il est consécutif à une gastrectomie.

a. *Après gastro-entérostomie* : Autant que faire se peut, la section doit porter sur le duodénum, au delà du pylore.

Le duodénum est fermé par un surjet en bourse recouvert par des points séparés séro-musculaires. Sur le moignon, on fixe les bords du petit et du grand épiploon.

Du côté gastrique, la résection sera plus ou moins étendue.

1° *On peut la limiter à l'antre et au pylore.* — Les tranches gastrique et duodénale sont réunies par une suture termino-latérale postérieure suivant le procédé de Kocher. Mais cette technique n'est applicable qu'aux cas où l'ulcère peptique succède à un gastro-entérostomie faite à droite, sinon, une trop grande quantité d'estomac doit être, réséquée, ce qui rend l'anastomose à la Kocher de réalisation bien difficile. On peut aussi recourir au procédé de Péan-Haberer qui utilise une réunion termino-terminale. Après section du duodénum au thermocautère, on place sans les nouer les fils séro-musculaires entre les faces postérieures de l'estomac et du duodénum. Quand tous ces fils ont été passés, on les lie, mais à ce moment seulement. Grâce à cet artifice, il est possible de garder le contrôle de la vue sur les sutures postérieures et l'on peut se rendre compte exactement de combien la section gastrique dépasse la section duodénale. — Une série de sutures intéressant la sous-muqueuse et des points séparés gastro-duodénaux corrigent l'inégalité de dimension des orifices et réalisent un cylindre muqueux. Au devant de ce cylindre, un surjet total est pratiqué au catgut. Enfin, des fils séro-musculaires sont passés sur la paroi antérieure. Ce procédé évite la sténose de l'anastomose, sténose toujours possible si l'anastomose est faite par un surjet continu. Le rétablissement de la continuité gastro-duodénale peut être encore obtenu par une anastomose termino-latérale entre la section gastrique et la deuxième portion du duodénum. Ce procédé n'est du reste possible que si la deuxième portion du duodénum est suffisamment longue et mobile et l'estomac ptosé.

2° *Résection des deux tiers de l'estomac.* — La technique plus recommandable est celle de Hofmeister-Finsterer

La portion d'estomac qu'on se propose de réséquer est tournée vers la gauche. On lie la coronaire stomachique à sa pénétration dans l'estomac. Un clamp est appliqué sur l'estomac, à gauche de la ligne de résection dont la direction est oblique depuis la petite courbure près du cardia jusqu'à la grande courbure du voisinage du ligament gastro-splénique. Cette ligne doit prolonger directement l'œsophage.

L'opérateur électrique permet de se passer des clamps qui sont souvent traumatisants.

Pour que l'anastomose soit située sous le méso-côlon, Finsterer unit le bord gauche de la brèche méso-colique par trois points séparés à la face postérieure de l'estomac. Ces points sont passés à deux travers de doigt au-dessus du lieu de la section gastrique. L'estomac étant sectionné entre deux clans, la partie supérieure de la tranche gastrique est fermée par un surjet depuis la petite courbure jusqu'à 10 centimètres de la grande.

Le jéjunum est placé contre la face postérieure de l'estomac de telle sorte que sa portion proximale afférente se

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

trouve au niveau de la petite courbure, la portion afférente mobile au niveau de la grande.

L'anastomose terminée, le bord droit de la fente méso-colique est fixé à la paroi antérieure de l'estomac à deux travers de doigt de la ligne de suture.

L'avantage de ce procédé est d'éviter le reflux duodénal, l'anse efférente étant fixée plus haut sur la petite courbure que l'anse afférente, et la direction de l'anastomose se trouvant dans la prolongation de l'œsophage. Sur le malade debout, l'anse ne tend pas à devenir horizontale, elle demeure verticale, favorisant l'évacuation gastrique dans le jéjunum efférent.

b. *Après gastrectomie.* — Le fait qu'un ulcère peptique apparaît après une gastrectomie indique que le chirurgien est en présence d'un sujet pour qui une opération limitée, incomplète, ne donnera jamais de résultat.

C'est dans ces conditions une redoutable complication que l'apparition d'un ulcus peptique, car la seule opération indiquée : une nouvelle résection, ne sera pas toujours possible.

Quand l'ulcère s'accompagne d'une réaction inflammatoire intense avec adhérences et envahissement des organes voisins, la jéjunostomie peut rendre de grands services.

**Traitement des complications.** — ULCÈRE PEPTIQUE PERFORÉ. — Il importe de ne pas perdre de vue les principes généraux de la chirurgie de l'ulcère peptique : excision de la lésion, meilleur drainage de l'estomac, réparation anatomique.

Le plus souvent, en raison de l'état précaire du malade, on se bornera à fermer la perforation, quitte à intervenir une seconde fois, quelques semaines plus tard, pour la restauration anatomique.

FISTULE GASTRO-JEJUNO-COLIQUE. — C'est une complication d'une extrême gravité. On s'efforcera de libérer les organes fistulisés et de supprimer les trajets fistuleux.

Les résections gastro-coliques comportent une mortalité très élevée.

### IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PATHOLOGIE COMPARÉE

Le Congrès s'est ouvert, à la Faculté de médecine de Paris, en présence de M. le Président de la République, sous la présidence de M. Landry, ministre du Travail.

A leurs côtés, on remarquait M. le professeur Achard, président du Congrès ; M. Serge Gas, directeur de l'Hygiène au ministère de la Santé publique, représentant le ministre empêché ; M. Renard, préfet de la Seine ; le Dr Lobligeois, représentant le président du Conseil municipal ; M. de Lapersonne, président de l'Académie de médecine ; M. Balthazard, doyen de la Faculté ; M. Grollet, secrétaire général.

M. le professeur Achard prononça un excellent discours inaugural, montrant l'importance de la pathologie comparée et indiquant tous les progrès réalisés depuis le premier Congrès tenu à Paris en 1912.

M. Achard remercie M. le Président de la République d'avoir bien voulu donner au Congrès un de ces témoignages qu'il se fait un devoir d'apporter aux grandes manifestations par quoi s'exprime, dans tous les champs de son activité, la France travailleuse.

« C'est à un acte de foi, dit-il, que nous accomplissons ici. Nous affirmons notre espérance en l'union des peuples par l'esprit et par le cœur. Nous affirmons notre volonté de joindre nos efforts pour le bien de tous, non pas seulement dans les régions célestes de la spéculation pure, mais sur le terrain des réalités pratiques et des applications infiniment variées que la pathologie comparée peut fournir au bien-être de l'homme, en améliorant sa santé, son hygiène, son alimentation, en favorisant l'élevage des animaux et la culture des végétaux qui lui sont utiles. »

Il montre combien peut être féconde la comparaison des maladies de l'homme, des animaux et même des plantes, en raison de l'étroite dépendance en laquelle sont mutuellement tous les êtres vivants. L'expérimentation nécessaire pour la connaissance des maladies de l'homme ne peut guère se faire que sur les animaux ; c'est aussi sur eux que se fait principalement l'essai des remèdes.

« Certes, la dette est lourde de l'humanité envers l'animalité, quand on envisage ce que nous demandons aux animaux, tant pour notre nourriture que pour le maintien de notre santé. Soyons donc bons pour les animaux, au moins pour ceux qui ne nous font point de mal, et soyons reconnaissants à ceux qui nous sont utiles. Si les animaux, en se mangeant entre eux, nous déchargent des scrupules que des âmes trop sensibles pourraient avoir à les détruire ou à les mettre à mal, ayons du moins envers ces frères inférieurs quelque gratitude et gardons-nous de toute cruauté. A la différence de l'animal qui l'ignore, l'homme sait ce qu'il leur doit, et le sentiment qui découle de cette connaissance relève de cette dignité de la pensée en laquelle consiste toute notre supériorité. »

M. Achard termine en montrant le rôle de la comparaison dans la science. « La comparaison est une opération de l'esprit aussi importante qu'elle est simple, puisque la faculté de comparer se retrouve, comme la mémoire, dans maint cerveau d'animal. Il faut comparer pour observer les différences, et ce sont les différences qui donnent à notre savoir la diversité, inspiratrice des nouveautés... Mais pour observer les différences, il faut d'autant plus d'attention et de ténacité que ces différences sont plus légères. Il n'y a pas deux doigts pareils et deux feuilles rigoureusement semblables. Mais si la comparaison scientifique nous conduit à l'extrême diversité, elle nous ramène aussi à de nouveaux groupements qui simplifient nos idées. Ayant taillé, il faut coudre. Les matériaux qu'a dissociés la comparaison analytique facilitent le choix pour la construction synthétique de la science. Mais la comparaison synthétique est une opération intellectuelle bien moins simple et plus haute que la comparaison analytique. Elle nécessite un choix et un jugement C'est la marque d'une supériorité de l'esprit.

« Travailler à ces synthèses, c'est l'objet propre de ce Congrès. »

Puis les délégués des gouvernements d'Autriche, des Pays-Bas, de la Norvège, de la Suède, de la Belgique, du Mexique, de la Grande-Bretagne, de la Pologne et de l'Argentine apportèrent les vœux de leurs pays respectifs.

M. le professeur Sanarelli (de Rome) exprima enfin, en termes vibrants, les souhaits affectueux de ses confrères d'Italie. Il fut particulièrement applaudi.

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

## XVIII<sup>e</sup> CONGRÈS D'HYGIÈNE

Le XVIII[e] Congrès d'hygiène, organisé par la Société de médecine publique et de génie sanitaire, a été ouvert à l'Institut Pasteur sous la présidence de M. Serge Gas, directeur de l'hygiène, représentant le ministre de la Santé publique, empêché.

Après les allocutions de M. Lesage, membre de l'Académie de médecine, président du Congrès, et de M. Serge Gas, on a abordé la première question à l'ordre du jour. « Protection de la population civile contre les gaz de combat. »

Le médecin général inspecteur Sieur, le professeur Messerti (de Lausanne), les colonels Laure, Fonjallaz et de la Rocque, le professeur Parisot (de Nancy) ont pris successivement la parole sur cet important sujet.

Le médecin colonel Cot, des sapeurs-pompiers de Paris, a montré comment est organisée l'aide urbaine aux asphyxiés.

# NOUVELLES

**Clinique thérapeutique médicale de la Pitié.** — M. le professeur F. Rathery fera sa leçon inaugurale de son cours de clinique thérapeutique le jeudi 19 novembre 1931 à 10 h. 30 à l'amphithéâtre de cours de l'hôpital et le continuera les jeudis suivants à 11 heures.

*Leçon de policlinique thérapeutique*, par le professeur, tous les lundis à 11 heures dans la salle de cours du service de la clinique.

*Tous les autres jours, à 11 heures, leçon de clinique thérapeutique*, avec le concours de M. Boltanski, M[lle] Dreyfus-Sée, MM. Kourilsky, Largeau, Julien Marie, Maximin, Mollaret, Rudolf, Thoyer.

*Les lundis, mercredis et vendredis*, de 9 heures à 9 h. 30, conférence élémentaire de sémiologie et de thérapeutique par les chefs de clinique et les internes.

Tous les jours : visite dans les salles de 9 h. 30 à 11 heures.

Consultations externes (assistant D[r] Froment) : le mardi et le vendredi à 9 heures, maladie de la nutrition (diabète, goutte, obésité, etc.) et rhumatismes.

Le mercredi à 9 heures : maladies des reins (albuminurie et néphrite).

Examens radiologiques, les mercredi et samedi.

Sous la direction du D[r] Pifiault, assistant de radiologie.

**Chaire d'hygiène et de clinique de la première enfance (Hospice des Enfants-Assistés, clinique Parrot).** — M. le professeur P. Lereboullet reprendra ses leçons cliniques le mercredi 18 novembre, à 10 h. 30, à l'hospice des Enfants-Assistés (74, rue Denfert-Rochereau), et les continuera les mercredis suivants, à la même heure. L'enseignement des stagiaires commencera le mardi 3 novembre.

ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT. — *Le lundi, à 11 heures* : Conférences d'actualité pédiatrique par les chefs et anciens chefs de clinique et par les assistants du service.

*Le mardi, à 10 h. 45* : Policlinique au pavillon Pasteur.

*Le mercredi, à 10 h. 45* : Leçon clinique par le professeur.

*Le jeudi, à 10 heures* : Conférences d'hygiène et de pathologie du premier âge aux stagiaires.

*A 11 heures* : Consultations de nourrissons et policlinique.

*Le vendredi, à 10 h. 45* : Conférence de diététique et de thérapeutique du nourrisson (avec présentation de malades).

*Le samedi, à 10 h. 45* : Consultation de nourrissons et policlinique.

Tous les matins, à 10 heures, visite dans les salles de médecine et les nourriceries.

En outre, à partir du 5 novembre et pendant le semestre d'hiver, le jeudi, de 9 à 11 heures (pour les dames et les jeunes filles) : *Enseignement pratique de puériculture* (Institut de puériculture de la Ville de Paris et du département de la Seine). S'inscrire pour cet enseignement spécial au laboratoire.

Des cours de revision et de perfectionnement auront lieu à Pâques et en juillet 1932.

**Cours d'histologie.** — M. le professeur Champy commencera son cours le lundi 9 novembre 1931, à 16 heures (Grand Amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

SUJET DU COURS : La cellule et les tissus (cytologie générale, épithéliums, tissus de soutien, sang, muscles, tissu nerveux, cellules reproductrices).

**Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu** (professeur : M. PAUL CARNOT). — Tous les matins, de 9 h. 30 à midi.

I. LEÇONS CLINIQUES, les mardi et samedi, à 10 h. 30 (amphithéâtre Trousseau).

*Samedi* : Leçon clinique par le professeur Carnot (première leçon, le samedi 21 novembre).

1[er] *et* 3[e] *samedis* : Leçon de clinique générale.

2[e] *et* 4[e] *samedis* : Leçon de gastro-entéro-hépatologie.

*Mardi* : Présentations de malades du service et de la policlinique.

II. ENSEIGNEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE (stagiaires de 1[re], 2[e] et 3[e] années).

*a.* Leçons de sémiologie par les chefs de clinique et les internes : lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 30 (amphithéâtre Trousseau).

*b.* Examen des malades ; lecture des observations : 1[re] année, salles Saint-Christophe et Sainte-Jeanne (D[rs] Caroli et Delalande).

2[e] et 3[e] années : salles petit Saint-Christophe et petit Saint-Charles (D[rs] Coury et Libert).

III. ENSEIGNEMENT DE GASTRO-ENTÉRO-HÉPATOLOGIE.

*a.* Examen des malades et explorations digestives, salles Saint-Charles et Sainte-Madeleine (D[rs] Delafontaine et Lambling).

*b.* Policlinique digestive (salle de consultations Sainte-Madeleine), tous les jours à 9 heures :

Estomac et intestin (D[r] Bouttier) : lundi, mercredi vendredi. Rectum et anus (D[r] Friedel) : mardi, jeudi, samedi ; œsophage (D[r] Dufourmentel) : samedi à 11 h. 30.

# NOUVELLES *(Suite)*

*c.* Examens de radioscopie digestive : Drs Lagareune et Dioclès, chefs du laboratoire de radiologie : lundi, mercredi, vendredi, à 11 heures.

IV. Enseignement de physiothérapie (policlinique Gilbert).

*a.* Consultations physiothérapiques et applications de traitements, tous les jours, de 9 heures à midi : Dr Dausset, chef du laboratoire, Drs Dejust et Chenilleau, chefs adjoints.

*b.* Mesures physiques et physiologiques : Dr Dognon, agrégé de physique.

V. Leçons du dimanche (a 10 h. 30, amphithéâtre Trousseau).

Du jour de l'an à Pâques : Mise au point de problèmes d'actualité (affiche spéciale).

VI. Cours de perfectionnement (pour les docteurs français et étrangers) sous la direction du professeur Carnot, des Drs Chabrol et Bénard, agrégés.

Vacances de Pâques : Cours pratique de physiothérapie (un mois ; début : lundi de Quasimodo) (affiches spéciales).

Grandes vacances : Maladies du foie et de la nutrition (septembre). Gastro-entérologie (septembre-octobre).

VII. Laboratoires de la clinique (laboratoires Dieulafoy), ouverts aux travailleurs en vue de travaux originaux ou de thèses, sous la direction du professeur Carnot et du Dr H. Bénard, agrégé.

Chefs de laboratoire : Analyses biologiques, M. Deval ; Physique, Dr Dognon, agrégé; Chimie, M. Coquoin ; Bactériologie, Dr J. Dumont; Anatomie pathologique, Dr Marguerite Tissier; Physiologie, M. Simonin, agrégé des écoles vétérinaires.

**Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier.** — M. le professeur Brindeau commencera son cours de clinique d'accouchements, le samedi 9 novembre 1931, à 10 h. 30 du matin et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

**Hôpital de la Charité.** — M. le professeur agrégé Abrami reprendra ses leçons avec présentations de malades, salles Vulpian et Beau, tous les jours à 11 heures, à partir du 3 novembre.

**Hôpital Laennec.** — M. Henri Bourgeois et MM. Fouquet, Lemoine et Marion commenceront, le 2 novembre 1931, une série de 8 leçons sur la diathermie en oto-rhino-laryngologie.

Ce cours aura lieu chaque matin, à 10 heures ; en outre, les 2 et 3 novembre, à 16 h. 30.

*Programme du cours.* — 1° Principes électriques. — 2° Appareils de diathermie. — 3° Physiopathologie, techniques. — 4° Applications de l'étincelle de tension en oto-rhino-laryngologie. — 5° Tumeurs bénignes et tumeurs malignes. — 6° Amygdalites crytpiques. Mycoses. Le bistouri électrique. — 7° Rhinite hypertrophique, synéchies nasales, oblitérations choanales, polypes naso-pharyngiens — 8° Sténoses vélo-pharyngées. Diathermie médicale en oto-rhino-laryngologie.

Prix du cours : 600 francs. S'adresser à M. Fouquet, service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Laennec.

**Clinique chirurgicale de l'hopital Saint-Antoine.** — M. le professeur Lejars commencera son cours de clinique chirurgicale le samedi 7 novembre 1931, à l'hôpital Saint-Antoine, à 10 heures.

Programme de l'enseignement. — Lundi, 10 heures : Conférence de diagnostic chirurgical, par M. le Dr Hussenstein, chef de clinique.

Mardi, 10 heures : Présentation de malades, par M. le Dr Chabrut, ancien chef de clinique.

Mercredi, 10 heures : Leçon clinique, par M. le Dr Brocq, agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Jeudi, 10 heures : Conférences sur des questions d'actualité médico-chirurgicales.

Vendredi, 10 heures : Laboratoire et clinique, par M. le Dr Giet, chef de laboratoire.

Samedi, 10 heures : Leçon clinique, par M. Lejars.

**Cours de bactériologie.** — M. le professeur A. Lemierre commencera son cours le vendredi 13 novembre 1931, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, à 18 heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Sujet du cours. — Les microbes pathogènes. Application des méthodes bactériologiques au diagnostic, à la prophylaxie et au traitement des infections humaines.

**Cours de clinique chirurgicale infantile et orthopédique (fondation de la Ville de Paris).** — M. le professeur Ombrédanne commencera l'enseignement de clinique chirurgicale infantile le lundi 2 novembre 1931, et le continuera d'après le programme suivant :

Lundi, à 9 h. 30 : Examen de malades nouveaux à l'amphithéâtre, par le professeur.

Jeudi, à 9 h. 30 : Démonstrations opératoires, par le professeur. Opérations spéciales. Opérations nouvelles.

Vendredi, à 10 h. 30 : Leçon clinique par le professeur.

Mardi, à 10 h. 30 : Leçons complémentaires de chirurgie infantile, par les chefs de clinique.

Mercredi, à 10 h. 30 : Leçons complémentaires d'orthopédie, par les assistants d'orthopédie.

**Cours et travaux pratiques de physique médicale.** — M. le professeur A. Strohl commencera son cours le mardi 3 novembre, à 16 heures, à l'amphithéâtre de physique, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Programme. — 1° *Optique* ; 2° *Électrologie* ; 3° *Actinologie* ; 4° *Radiologie* ; 5° *Radioactivité*.

Des exercices pratiques auront lieu, sous la direction de M. le chef des travaux, aux jours et heures indiqués à l'horaire des travaux pratiques, et porteront sur les matières enseignées au cours.

**Clinique médicale propédeutique.** — *Programme général des conférences.* — 1° Le mercredi à 11 heures : Conférence clinique faite par M. Sergent, qui étudiera alternativement la tuberculose pulmonaire, les maladies de l'appareil respiratoire, et les cas intéressants de la clinique générale, — 2° Le vendredi à 11 heures : Conférence clinique par les chefs et anciens chefs de clinique, ou par une personnalité étrangère au service. — 3° Le vendredi à 9 heures : Conférence-consultation sur les maladies du cœur, des vaisseaux et des reins, par M. René Mignot, ancien chef de clinique. — 4° Le lundi, le mardi et le jeudi, à 9 heures : Conférences élémentaires de technique et de séméiologie. — 5° Le mardi et le jeudi à 9 h. 30 : Séances de pneumothorax artificiel, par MM. F. Bordet et René Mignot, anciens chefs de clinique. — 6° Le mercredi à 9 h. 30 : Consultation sur les maladies du nez, de la gorge et des oreilles, par M. Marion.

# NOUVELLES *(Suite)*

Les conférences élémentaires du lundi, du mardi et du jeudi, spécialement réservées aux élèves stagiaires, seront faites par le professeur, les chefs et anciens chefs de clinique : MM. Pignot, Bordet, Mignot, de Massary, Oury, Grellety-Bosviel, Turpin, Konrilsky, Benda, Lonjumeau, Vibert, Imbert, Launay, et les chefs de laboratoire : MM. Henri Durand et Couvreux. Leur programme détaillé sera affiché dans le service de la clinique.

**Chaire d'anatomie pathologique.** — I. COURS ET TRAVAUX PRATIQUES. — Le professeur G. Roussy, en collaboration avec MM. Leroux, Oberling et Huguenin, fera cette année l'enseignement aux élèves de troisième année en liaison avec les travaux pratiques, afin d'enlever tout caractère doctrinal et théorique à cet enseignement qui s'adresse, avant tout, à de futurs médecins.

Dans ce but, les élèves seront groupés en quatre ou cinq séries, qui recevront chacune, pendant deux mois, un enseignement complet à raison de quatre séances de deux heures par semaine. Chaque séance comprendra :

1° Un exposé succinct d'une des grandes questions d'anatomie pathologique, fait par le professeur ou les agrégés, à l'aide de planches murales, de projections microphotographiques et cinématographiques ;

2° Des démonstrations et des exercices de diagnostic de pièces anatomiques et de préparations histologiques, faites sous la direction de M. Leroux, agrégé, chef des travaux, par MM. Busser, Delarue, Foulon et Albot, assistants d'anatomie pathologique.

La première série commencera le 13 novembre, à 15 heures, à l'amphithéâtre d'anatomie pathologique. Les suivantes se succéderont tous les deux mois.

Les élèves pourront compléter cet enseignement en suivant l'un ces cours de perfectionnement ci-dessous annoncés.

II. COURS DE PERFECTIONNEMENT. — Les cours de perfectionnement suivants auront lieu durant l'année scolaire 1931-1932.

1° Premier cours de technique et de diagnostic anatomo-pathologique, par MM. Ch. Oberling, agrégé, et Delarue, assistant. Ce cours a commencé le 15 octobre. Il comprend 18 séances de technique et de diagnostic portant sur les affections médicales (droits : 300 francs).

2° Deuxième cours de technique et de diagnostic anatomo-pathologiques par MM. Leroux, agrégé, chef des travaux, et Busser, assistant. Ce cours comprend vingt séances de démonstrations pratiques et de diagnostics portant sur les affections chirurgicales. Il aura lieu au mois d'avril 1932 (droits : 300 francs).

3° Cours de technique hématologique et sérologique, par M. Ed. Peyre, chef de laboratoire. Ce cours, de douze leçons, aura lieu au mois de mai 1932 (droits : 250 francs).

4° Cours sur le cancer. Ce cours, qui portera sur l'ensemble des questions biologiques et cliniques touchant au cancer, aura lieu, à l'Institut du cancer, au mois de juillet 1932. Une affiche détaillée en fera connaître le programme.

Les démonstrations théoriques et pratiques seront faites matin et soir, pendant toute la durée du mois de juillet.

III. COURS SUPÉRIEUR. — Ce cours, portant sur des questions anatomo-pathologiques d'actualité, s'adresse aux étudiants en fin de scolarité et aux médecins français et étrangers. Il sera fait par le professeur Roussy, avec la collaboration de MM. Leroux, Oberling et Huguenin, agrégés.

Les conférences commenceront le vendredi 8 janvier 1932 à 17 heures, au petit amphithéâtre et se contitous les vendredis, pendant les mois de janvier, février et mars.

**Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Hôpital Saint-Louis).** — M. le professeur H. GOUGEROT, médecin de l'hôpital Saint-Louis, commencera ses cliniques le mercredi 4 novembre 1931, à 21 h. 30, à la consultation de la Porte et les continuera les vendredis matin, à 10 heures, à l'amphithéâtre de la clinique, et les mercredi soir, à 21 h. 30, à la consulattion de la Porte.

Traitement de la syphilis et l'indispensable en syphiligraphie (avec présentation de malades et de moulages, projections).

HORAIRE DE LA CLINIQUE. — Les mardis : Polyclinique par le professeur, au dispensaire du pavillon Bazin, à 10 heures (à partir du 6 octobre).

Les mercredis (matin) : Physiothérapie et petites opérations, à 9 h. 30, à la polyclinique et salle Lugol.

Les mercredis (soir) : A la consultation de la Porte, polyclinique, à 20 h. 30 (à partir du 7 octobre) et leçon de pratique, à 21 h. 30 (à partir du 3 novembre).

Les 1er, 3e, 4e, 5e jeudis du mois : Études de questions d'actualité par des spécialistes de chaque question, à l'amphithéâtre de la clinique à 10 heures (à partir du 19 novembre)..

Les vendredis : Visite dans les salles du pavillon Bazin, à 9 heures ; leçon clinique, à 10 heures, à l'amphithéâtre (à partir du 10 octobre).

Les samedis : Consultation de la Porte, à 9 heures présentation des malades, à 9 h. 30 (à partir du 9 octobre).

Tous les matins (à partir du 4 novembre) de 9 heures à 10 heures, à l'amphithéâtre Fournier, enseignement élémentaire par les chefs de clinique.

*Les jeudis de la clinique de Saint-Louis* (fondés sous le patronage de L. Brocq). — Les 1er, 3e, 4e, 5e jeudis de chaque mois, à l'amphithéâtre de la clinique, à 10 heures.

M. R. Sabouraud les inaugurera le 19 novembre avec la question : Vue d'ensemble sur les sycosis.

Ils continueront avec la collaboration de MM. :

25 *Novembre* 1931. — Raoul BERNARD (de Bruxelles) : Immunisation spontanée dans la syphilis secondaire et ses corollaires thérapeutiques.

3 *et* 5 *Décembre* 1931. — M. GASTINEL, agrégé : Herpès, expérimentaux et applications cliniques.

17 *Décembre* 1931. — Professeur Bruno BLOCH (de Zurich) : Les microbides cutanées.

7 *Janvier* 1932. — Clément SIMON : Ulcérations rares de la vulve et du vagin.

21 *Janvier* 1932. — Jules COSTE (de Lyon) : Radiothérapie massive à feu nu des cancers cutanés.

28 *Janvier* 1932. — Professeur G. ROUSSY : Hérédité et terrain humoral des cancers.

4 *Février* 1932. — Professeur PETGES (de Bordeaux) : Notions nouvelles sur la poikilodermatomyosite et dermatoses voisines.

18 *Février* 1932. — Professeur RAMEL (de Lausanne)

## NOUVELLES *(Suite)*

Nouvelles méthodes de démonstration des tuberculoses cutanées.

25 *Février* 1932. — Professeur O. SCIARRA : La réaction de Sciarra dans la syphilis.

17 *Mars* 1932. — R. GIRAUDEAU : Traitement des cicatrices.

21 *Avril* 1932. — Professeur JOYEUX (de Marseille), et DUCHÉ : Notions nouvelles de mycologie médicale.

2 *Juin* 1932. — BABONNEIX : Notions nouvelles sur les hérédo-syphilis cardio-aortiques.

16 *Juin* 1932. — CIVATTE : Notions nouvelles sur la maladie (cutanée) de Paget.

23 *Juin* 1932. — Paul BLUM : Le foi dans le traitement de la syphilis.

**Cours et travaux pratiques de chimie médicale.** — M. le professeur A. DESGREZ, membre de l'Institut, commencera une série de leçons de *chimie appliquée à la médecine* les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à 17 heures (amphithéâtre Vulpian), à partir du samedi 14 novembre inclusivement.

Des exercices pratiques auront lieu, sous la direction de M. le Dr Henri Labbé, agrégé, chef de travaux, aux jours et heures indiqués à l'horaire des travaux pratiques, et porteront sur les matières enseignées au cours théorique.

**Clinique d'accouchement et de gynécologie** (Tarnier). Professeur : M. A. BRINDEAU, avec la collabortion de MM. Marcel Metzger, agrégé, accoucheur de l'hôpital Bretonneau ; Ecalle, agrégé, accoucheur de l'hôpital Tenon ; Vaudescal, agrégé ; Cathala, accoucheur de l'hôpital Saint-Louis ; Lantuéjoul, accoucheur des hôpitaux ; Paul Chevallier, agrégé, médecin des hôpitaux ; Bidoire, chef de clinique ; Desonbry, Jacquet, De Peretti della Rocca, Sazor, anciens chefs de clinique ; Cartier et Hinglais, chefs de laboratoire.

TABLEAU GÉNÉRAL DE L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE ET DES COURS ANNEXES donnés à la clinique Tarnier pendant l'année scolaire 1931-1932.

Tous les matins, enseignement clinique par le professeur.

Lundi, 9 h. 30 : Examen des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 30 : Consultation des nourrissons et des femmes enceintes malades.

Mardi, 9 h. 30 : Examen des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 30 : Présentation de malades à l'amphithéâtre.

Mercredi, 9 h. 30 : Policlinique des femmes enceintes ; Consultation de syphiligraphie.

Jeudi, 9 h. 30 : Opérations obstétricales et gynécologiques. — 10 h. 30 : Policlinique des femmes atteintes d'affections gynécologiques. Traitement de la stérilité.

Vendredi, 9 h. 30 : Policlinique des femmes enceintes.

Samedi, 9 h. 30 : Examen des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 30 : Leçon à l'amphithéâtre.

*Cours de perfectionnement du jeudi soir.* — Ce cours gratuit, destiné aux médecins et étudiants s'intéressant spécialement à l'obstétrique, sera fait par des conférenciers qui traiteront des questions particulièrement étudiées par eux.

Il commencera le 26 novembre 1931, à 20 h. 45, et sera continué chaque jeudi pendant le semestre d'hiver.

Pour les détails, consulter l'affiche spéciale.

*Cours de pratique obstétricale.* — Ces cours sont destinés aux médecins et étudiants français et étrangers. Chacun de ces cours comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours, le matin et l'après-midi. Ces leçons seront illustrées par des projections photographiques ou cinématographiques. Les auditeurs feront par eux-mêmes des accouchements sous la direction des moniteurs ; ils seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, ainsi qu'aux manœuvres obstétricales.

Ces cours auront lieu aux dates suivantes :

UN COURS DE PRATIQUE OBSTÉTRICALE, février 1932. — Le droit à verser pour ce cours est de 250 francs.

TROIS COURS DE VACANCES. — *Vacances de Pâques.* — Un cours de pratique obstétricale pendant les quinze jours de vacances.

*Vacances d'été.* — Deux cours de pratique obstétricale du 15 au 30 septembre et du 15 au 30 octobre.

Le droit à verser pour chacun de ces trois cours est de 250 francs.

Des affiches spéciales indiqueront le programme des leçons et démonstrations.

COURS DE PUÉRICULTURE. — Ces cours comprendront une série de leçons où ne seront traitées que des questions concernant l'hygiène, l'alimentation et la pathologie du nourrisson, au cours des premières semaines.

*Première série.* — Le nouveau-né normal, mars 1932.

*Deuxième série.* — Le nouveau-né pathologique, mai 1932.

Des affiches indiqueront le programme des leçons.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Bidoire, chef de clinique, à la clinique Tarnier.

Les bulletins de versement relatifs à ces cours sont délivrés au secrétariat de la Faculté, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

**Thèses de la Faculté de médecine de Paris.** — 26 *Octobre.* — M. LEBOURG, La dysarthrose cranio-faciale (mobilité anormale entre la face et le crâne). Etude clinique, anatomique, embriologique et étiologique. Rôle dans la pathogénie des dysmorphoses de la face.

27 *Octobre.* — M. GEROLAMI (René), La crise bilieuse. — M. MARTIN (Pierre), Etude de la thyroséine synthétique et de son emploi thérapeutique. — M. MIRALLIÉ, Les ruptures sous-cutanées du tendon d'Achille. Leur traitement.

# NOUVELLES *(Suite)*

## *MÉMENTO CHRONOLOGIQUE*

30-31 OCTOBRE. — *Paris*. Exposition coloniale. Cité des Informations. Etats généraux de la gastronomie.

31 OCTOBRE. — *Lille*. Dernier délai d'envoi des travaux pour le prix Feron-Vrau. Envoyer à M. Lepoutre, 46, boulevard Vauban, à Lille.

31 OCTOBRE — *Bordeaux*. Hôpitaux de Bordeaux. Clôture du registre d'inscription pour le concours de l'internat des hôpitaux de Bordeaux.

1er NOVEMBRE. — *Paris*. Ministère de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau). Dernier délai d'inscription des candidats pour le concours d'assistant des hôpitaux coloniaux.

1er NOVEMBRE. — *Paris*. Société de chirurgie (12, rue de Seine). Dernier délai de dépôt des travaux pour les prix de la Société de chirurgie.

1er NOVEMBRE. — *Paris*. Ministère de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau). Dernier délai d'inscription des candidats à la chaire de bactériologie, parasitologie, et épidémiologie à l'École d'application du service de santé des troupes coloniales.

2 NOVEMBRE. — *Paris*. Clinique médicale des enfants (hôpital des Enfants-Malades), 9 heures. Ouverture de l'enseignement clinique.

3 NOVEMBRE. — *Bordeaux*. Ouverture de l'enseignement de médecine coloniale.

3 NOVEMBRE. — Villes où réside une Académie. Session d'examen pour les étrangers demandant l'équivalence du baccalauréat.

3 NOVEMBRE. — *Paris*. Val-de-Grâce. Concours de médecin et de chirurgien des hôpitaux militaires.

5 NOVEMBRE. — *Paris*. Assistance publique, 10 heures. Réunion de la Commission chargée d'établir la liste d'aptitude aux fonctions de chef de laboratoire de bactériologie des hôpitaux de Paris.

6 NOVEMBRE. — Facultés de médecine. Concours d'agrégation.

6 NOVEMBRE. — *Rouen*. Concours de l'internat des hôpitaux de Rouen.

9 NOVEMBRE. — *Angers*. Concours de stomatologiste des hôpitaux d'Angers.

10 NOVEMBRE. — *Paris*. Ministère de la Guerre (troupes coloniales). Dernier délai d'inscription des candidats à la chaire d'hygiène militaire, tropicale et sociale à l'École d'application du service de santé des troupes coloniales.

10 NOVEMBRE. — *Bordeaux*. Hôpitaux de Bordeaux. Concours pour une place de médecin résidant à l'hospice général.

13 NOVEMBRE.—*Rouen*. Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Rouen.

14 NOVEMBRE. — *Paris*. Hôpital des Enfants-Malades. Clinique médicale des enfants, 10 heures : Leçon clinique par le professeur NOBÉCOURT.

15 NOVEMBRE. — *Paris*. Société de radiologie. M. Dariaux. Dernier délai d'envoi des thèses présentées pour un prix.

16 NOVEMBRE. — *Paris*. Faculté de médecine. Concours de chirurgien adjoint des hôpitaux de Versailles.

16 NOVEMBRE. — *Paris*. Assistance publique. Dernier délai de dépôt des mémoires pour le prix Civiale.

16 NOVEMBRE. — *Paris*. Hôpital Tenon. Réunion du la Société de laryngologie des hôpitaux de Paris.

16 NOVEMBRE. — *Paris*. Concours d'assistant en médecine et en chirurgie des hôpitaux coloniaux.

17 NOVEMBRE. — *Bordeaux*. Hôpitaux de Bordeaux. Concours de l'internat en pharmacie.

17 NOVEMBRE. — *Paris*. Faculté de pharmacie. Concours de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'École de médecine de Tours.

18 NOVEMBRE. — *Paris*. Concours d'assistant de bactériologie et d'électro-radiologie des hôpitaux coloniaux.

# VARIÉTÉS

## A TRAVERS LES RÉUNIONS PÉDIATRIQUES
## LA HAYE. FLORENCE. STRASBOURG

*Septembre-Octobre 1931.*

**Par P. LEREBOULLET.**
Professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Les pédiatres français ont eu ces dernières semaines la tâche agréable de voyager dans de beaux pays. Successivement la *Conférence internationale de pédiatrie préventive* de La Haye, le *Congrès italien de pédiatrie* de Florence, le *Congrès des pédiatres de langue française* de Strasbourg les ont attirés et retenus quelques jours. De ces réunions très réussies je dois rappeler ici quelques traits, chacune ayant eu sa physionomie propre, toutes ayant contribué aux progrès de la médecine des enfants et resserré les liens qui unissent les pédiatres de France et ceux des autres pays.

## LA HAYE

*(7 et 8 septembre 1931).*

A Stockholm l'an dernier, sur l'initiative du professeur Scheltema, de Groningue, avaient été jetées les bases d'une *Association internationale de pédiatrie préventive* destinée à étudier, dans des conférences à effectif limité, des questions ayant trait à la médecine préventive de l'enfance, à en assurer une discussion précise et méthodique et à établir une collaboration entre les pédiatres de divers pays en vue de prévenir les maux qui menacent l'enfant. Cette association devait être une section de l'*Union internationale de secours aux enfants*, fondée à Genève en 1920, actuellement présidée par notre cher collègue le professeur Morquio, de Montevideo, et dont l'actif secrétaire général, M. Mackenzie, pouvait apporter à l'association l'appui de ses services administratifs et de la *Revue internationale de l'Enfant*. Après de nombreux échanges de vues entre les membres du comité provisoire constitué à Stockholm, il fut décidé qu'une première conférence aurait lieu cette année même à La Haye les 7 et 8 septembre. L'activité du professeur Scheltema qui, avec une tenace volonté, s'appliqua à l'organiser, renversa tous les obstacles, et lorsque



Les membres de la Conférence de pédiatrie préventive devant la Ridderzaal à La Haye. Au centre, le professeur Scheltema (fig. 1).

nous nous sommes réunis dans la Rolzaal au Binnenhof de La Haye, le succès était certain. Les représentants de plus de douze nations étaient groupés autour de nos amis hollandais. Les Français étaient les plus nombreux et nos collègues Lesné, Armand-Delille, Debré, Weill-Hallé, Huber, Lacomme, M[lle] Dreyfus-Sée (de Paris), Péhu (de Lyon), Rohmer et Woringer (de Strasbourg) s'étaient joints à moi pour participer aux travaux de cette première réunion et aider à en préciser le but et l'organisation. Nous y retrouvions notre vieil ami le professeur Taillens (de Lausanne) et le D[r] Oltramare (de Genève), notre cher président de Stockholm, le professeur Jundell et son collègue Lichtenstein, le professeur Monrad (de Copenhague), le professeur ses congrès, la ville où tout est harmonie, charme et tranquillité.

Quel cadre pour nos travaux ! La vieille salle du Binnenhof où nous tenions séance était toute proche du Mauritshuis, le célèbre musée de peinture, et devait permettre à quelques congressistes de s'échapper pour aller à deux pas admirer Rembrandt, Vermeer ou Paul Potter. Bien d'autres merveilles d'art ou de nature pouvaient aussi les attirer.

Mais la grande majorité des pédiatres réunis à la Rolzaal sut résister à ces tentations et participer aux discussions que relate d'autre part mon ami Huber. Les deux questions étudiées : la *mortalité précoce des nouveau-nés* et la *contagion tardive de la scarlatine* furent l'objet d'exposés



La cour du Binnenhof et la Ridderzaal derrière laquelle la conférence se tenait dans la Rolzaal (fig. 2).

J.-D. Rolleston et M[me] Hazel Gregory (de Londres), le professeur Schlossmann (de Dusseldorf), le professeur Hamburger (de Vienne), le professeur Lœwengren (d'Helsingfors), le professeur Von Groer (de Lemberg), et bien d'autres.

Aussi le professeur Scheltema pouvait-il, en traçant le programme de la conférence et en disant ses projets d'avenir, se réjouir de voir tant de pédiatres compétents répondre à son appel. Le D[r] Coenen, au nom de la Société néerlandaise de pédiatrie, le D[r] Eykel, au nom du ministre du Travail, prononçaient après lui d'aimables paroles et je pouvais dire aussi combien nous nous félicitions d'être cordialement accueillis à La Haye, la ville de longue date choisie par l'Europe, après ses orages, pour y établir précis et de nombreux faits, des statistiques multiples furent apportées. Le but que la conférence visait, et qui était de confronter les constatations faites dans divers pays, a été obtenu, et, si la diversité des langues rendait parfois difficile la discussion immédiate des opinions émises, il est certain que les documents ainsi groupés (et qui seront publiés) constituent une base précieuse pour les recherches futures. Les deux conclusions qui ont été adoptées après le débat sur la mortalité précoce sont significatives. La conférence, avec MM. Couvelaire et Lacomme et moi-même, insiste justement sur l'utilité de la puériculture anténatale et la nécessité d'une assistance médico-sociale compétente avant la procréation, pendant la gestation, la parturi-

tion et les premiers mois de la vie. Nul doute que, si on entre largement dans cette voie, la mortalité précoce ne soit nettement abaissée. Mais, en outre, la Conférence propose de poursuivre dans plusieurs pays d'Europe l'étude de la mortalité précoce d'une façon coordonnée et charge son conseil de désigner une commission pour établir un plan de travail, se réservant, lorsque l'enquête sera achevée, de discuter à nouveau la question. C'est une méthode qui paraît logique et sage, et il faut souhaiter que cette jeune organisation arrive ainsi à remplir le but que se sont fixé ses fondateurs et que la Conférence a précisé en adoptant ses statuts définitifs.

Mais la tâche scientifique n'est pas le seul but d'une réunion de ce genre. Elle permet aussi aux pédiatres des divers pays de se rencontrer et de se mieux connaître. Nos amis hollandais et, à leur tête, avec le professeur Scheltema, l'actif secrétaire de la Conférence, le Dr Van de Kasteele, avaient, aidés de nombreuses et aimables collaboratrices, su ménager près de La Haye, à Scheveningue, à Wassenaar, de simples et cordiales réceptions où de multiples et gaies conversations purent s'engager. Il en fut de même au ministère de l'Enseignement, où fut réservé aux membres de la Conférence un très aimable accueil. Nous ne saurions oublier non plus le plaisir que nous eûmes à aller tous à Leyde visiter la belle clinique infantile de l'Université, dont notre ami le professeur Gorter a le droit d'être fier et où tant de beaux travaux voient le jour.

La Conférence s'est vite terminée, et c'est à peine si quelques-uns d'entre nous ont prolongé de quelques heures leur séjour en Hollande, jouissant des merveilles d'art que renferment les musées d'Amsterdam et des beaux aspects de nature de la campagne néerlandaise. Mais tous ont emporté de leur venue à La Haye l'impression que, grâce à la ténacité du professeur Scheltema et à l'utile collaboration de ses compatriotes, la première Conférence internationale de pédiatrie préventive avait fait d'utile besogne et jeté les bases d'une nouvelle organisation qui peut être féconde. A Genève l'an prochain, se complétera et se précisera encore l'œuvre commencée à La Haye.

## FLORENCE

*(23-26 septembre 1931)*

Les pédiatres italiens tenaient cette année leur XIVe Congrès à Florence, sous la présidence d'un de leurs maîtres les plus appréciés, le professeur C. Comba, assisté du président de la Société italienne de pédiatrie, l'éminent professeur Allaria. Tous deux avaient invité quelques-uns d'entre nous à participer à ces assises. C'est pourquoi, avec mes chers collègues et amis de Lyon, le professeur Mouriquand et le Dr Péhu, j'ai eu le grand honneur de représenter la pédiatrie française au Congrès de Florence.

Nous avons pu ainsi nous rendre compte de l'activité, de l'ardeur, de la science de nos confrères italiens qui, au nombre de près de cinq cents, s'étaient groupés dans la capitale de la Toscane pour y discuter d'importantes questions de pédiatrie. Leur première réunion, tenue dans la grande salle de l'Université, sous la présidence de S. E. Piero Baratono, préfet de la province, assisté du professeur Bindo de Vecchi, recteur de l'Université, fut imposante et lorsque, après avoir entendu leurs allocutions et celles des présidents Comba et Allaria, je dus me lever pour apporter à la pédiatrie italienne le salut de la Faculté de Paris et de notre Société de pédiatrie, je fus ému de la chaleur avec laquelle on accueillit mes quelques paroles et ensuite celles de mon ami Mouriquand. Tous deux, nous évoquions la disparition prématurée du merveilleux animateur et du grand pédiatre que fut Cesare Cattaneo, trop tôt enlevé à ses élèves de la clinique de Milan alors que nous l'avions rencontré l'an dernier, plein de vie et d'ardeur, au Congrès de Stockholm. Tous deux, nous nous félicitions de retrouver à Florence tant de maîtres italiens, dont, de longue date, nous connaissions la valeur, assurés que nous étions de largement profiter des exposés et des dicussions qui devaient marquer ce Congrès. Quelques instants plus tard, notre éminent ami, le professeur Valagussa, dans un exposé complet et précis, montrait l'admirable effort poursuivi en Italie, sous l'impulsion du gouvernement fasciste, pour la *protection de la maternité et de l'enfance*. Les chiffres qu'il citait et que l'assemblée entière saluait de ses applaudissements avaient une singulière éloquence et montraient ce qu'on peut obtenir quand on a la volonté d'aboutir.

Dans les séances qui suivirent et qui eurent lieu à l'Ospedale Meyer, dans la belle clinique du professeur Comba, due à une munificence qui continue encore à en parfaire l'organisation, trois questions furent discutées : les *pleurésies purulentes de l'enfance*, les *syndromes encéphalitiques de l'enfance*, les *directives diététiques dans les collectivités infantiles*. Elles furent chacune l'objet de plusieurs rapports étudiés, complets, bien présentés et provoquèrent un grand nombre de communications et des discussions animées.

## VARIÉTÉS *(Suite)*

La famille pédiatrique italienne est nombreuse et laborieuse et, grâce à une très large décentralisation, il y a, dans la plupart des villes, des pédiatres qui travaillent et apportent au Congrès le résultat de leurs recherches. Les rapports, imprimés et distribués à temps, sont lus avant le Congrès et leurs auteurs se bornent à un très bref exposé oral.



Florence vue des jardins Boboli. Le campanile, le dôme et le Palais Vieux (fig. 3).

Les communications, au nombre de plus de cinquante pour chaque sujet, sont ensuite faites et écoutées avec attention ; puis la discussion s'engage et la plupart des maîtres de la pédiatrie italienne y prennent part. Elle est parfois vive, quoique toujours courtoise, et les rapporteurs viennent à leur tour discuter les opinions émises et défendre leurs conclusions. On voit, dans ces débats, combien vivante est la pédiatrie italienne, quel désir ont nos collègues de la péninsule d'être au courant des recherches les plus modernes, quel souci ils ont aussi des réalisations médico-sociales et pratiques. Leur discussion sur l'alimentation de la seconde enfance fut à cet égard particulièrement significative.

Il nous faudra revenir sur tout ce qui fut dit à ces belles séances, remarquablement dirigées par les professeurs Comba et Allaria, aidés de leurs collègues Spolverini, Jemma, Cozzolino, Valagussa et du secrétaire général, le professeur Trambusti. Elles se terminèrent sur une chaude allocution de mon ami Péhu qui put, en italien, dire avec beaucoup de délicatesse ce que nous éprouvions après avoir assisté à ces journées si heureusement remplies ; l'assistance entière lui fit une véritable ovation.

Ici encore je ne saurais oublier ce qui se fit en dehors des séances. Florence a trop de trésors pour qu'on puisse y séjourner quelques jours sans vouloir au moins les apercevoir. Nous avons eu la joie de pouvoir admirer dans ses églises, ses palais et ses musées la plupart de ses richesses, de jouir de sa merveilleuse lumière et de ses jeux sur l'Arno, sur Fiesole ou San Miniato, d'apprécier tout le charme de la vie florentine. Nous avons eu le privilège, avec les congressistes, de participer à la belle réception que le podestat, le comte della Gherardesca, offrait au Palais Vieux, dans les magnifiques salons de la vieille demeure municipale. Le podestat tint à faire lui-même les honneurs de tous les appartements du palais, si pleins de souvenirs, et à nous mener jusqu'à la loge de Neptune, de laquelle on pouvait admirer un magnifique panorama de la cité éclairée par le soleil couchant.

Nous eûmes aussi le plaisir d'être très cordialement reçus, avec quelques congressistes, à la table de M^me^ Comba et du professeur Comba, le maître qui, depuis plus d'un quart de siècle, a formé à Florence tant d'excellents pédiatres et qui est si justement aimé.

Et nous n'oublierons pas l'accueil de quelques-uns de nos anciens élèves de Paris et de Lyon, devenus maîtres à leur tour. Nous nous rappellerons l'ardeur entraînante de notre ami Fornara, l'aimable cordialité de son collègue

Taccone, la bonne humeur du professeur Nasso, la fidèle et obligeante sympathie de notre collaborateur de jadis, aux Enfants-Malades, le Dr G. de Toni. Mais comment citer tous ceux qui nous ont rendu si agréable notre séjour florentin ?







La médaille du XIVe Congrès italien de pédiatrie, d'après le blason des médecins et pharmaciens de Luca della Robbia (fig. 4).

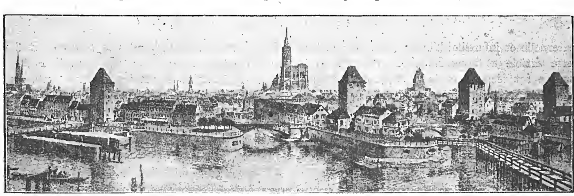
Le Congrès ne se limitait pas à Florence. Un voyage, auquel prirent part plus de deux cents congressistes, leur permit d'accomplir une merveilleuse randonnée en Toscane et en Ombrie et de faire à Pérouse le banquet final du Congrès où, une dernière fois, mon collègue Mouriquand put dire notre reconnaissant merci. Pour ma part, je pus, avec plus de lenteur, admirer ces villes, dont le nom retentit toujours avec tant d'attrait aux oreilles des amis de la nature et de l'art : San Gimignano, Sienne, Pérouse, Assise.

Les pédiatres italiens se sont dispersés et comptent à nouveau se réunir à Rome en 1933. Puissent nos compatriotes répondre alors plus nombreux à leur appel et profiter, comme je l'ai fait cette année, et de tous les enseignements qui se dégagent de leurs réunions pédiatriques et du charme de leur accueil !

## STRASBOURG

*(4-8 octobre 1931)*

Lorsqu'il y a deux ans, l'Association française de pédiatrie décida de tenir son prochain Congrès à Strasbourg et confia au professeur Rohmer, assisté des Drs Woringer et Forest le soin de l'organiser, le succès ne faisait doute pour personne. Nous connaissions l'esprit d'organisation et le souci de bien faire de nos trois collègues et nous savions l'attrait puissant de la capitale de l'Alsace, depuis le jour (inoubliable pour ceux qui y ont assisté) où, en novembre 1919, les fêtes universitaires de Strasbourg marquèrent une nouvelle ère française pour ses Facultés.



Strasbourg, l'Ill et les Ponts couverts (fig. 5).

Mais si nous prévoyions le succès, nous ne pouvions espérer que ces journées seraient aussi pleinement réussies, favorisées tout à la fois par une organisation parfaite, l'intérêt et la valeur

## VARIÉTÉS *(Suite)*

des discussions scientifiques, l'attrait et le charme des réceptions, le nombre des participants et notamment des étrangers amis de la France, le temps exceptionnel qui rendait plus belle encore la cathédrale et plus séduisantes les Vosges aux belles teintes d'automne.

Dès le dimanche 4 octobre, une *Journée de protection de l'enfance* précédait le Congrès, organisée par le comité français de l'*Union internationale pour la protection de l'enfance* présidé par le Dr Lesage. A cette Journée, inaugurée par le préfet, M. Roland Marcel, et dirigée par le professeur Rohmer, d'intéressants rapports furent exposés sur l'organisation de la protection maternelle et infantile. Nous en parlons dans un autre article et nous rappelons combien cette journée fut féconde et instructive. Elle nous a montré surtout comment, grâce à l'accord de l'administration, des municipalités, des œuvres privées et du corps médical, la protection maternelle et infantile a pu être bien organisée dans toute l'Alsace. L'intervention fort intéressante du professeur Comba, relatant l'effort italien auquel j'ai fait allusion plus haut, vint heureusement souligner la possibilité d'une action efficace. Il est à souhaiter que ces deux exemples d'initiatives suivies de succès montrent la voie à suivre et que l'effort d'organisation si heureusement réalisé à Strasbourg s'étende à travers la France.

Le soir même, une réception groupait tous les congressistes dans les salons de la préfecture, où le préfet et Mme Roland Marcel leur réservaient un très aimable accueil et où les projections de M. Teichmann montraient quelques curieux aspects de « l'Alsace pittoresque ».

Le lundi 5 octobre, dans la salle du Conservatoire de musique (l'ancien Parlement d'Alsace) s'ouvrait le VIIe Congrès des pédiatres. Non seulement nos confrères français étaient nombreux, ayant à leur tête nos maîtres, le professeur Marfan et MM. Netter et Comby que tous ont été heureux de fêter, mais les pédiatres étrangers étaient également venus en nombre. Parmi eux on remarquait nos collègues italiens les professeurs Allaria, Comba, Frontali, Fornara, Taccone, Mazzini et plusieurs autres, nos amis de Pologne, au premier rang desquels Mlle Erlich, de Suisse avec les professeurs Gautier et Fanconi, avec MM. Boissonnas et Stirnimann, de Belgique avec les professeurs Péchère, Cohen, Maldague et Plumier Clermont, de Suède avec le professeur Wallgren. Le Canada était représenté par le professeur agrégé Letondal (de Montréal), l'Uruguay par le professeur Burghi, le Portugal par le professeur Leite Lage. De Norvège, de Roumanie, de Yougoslavie, de Luxembourg, d'ailleurs encore, des pédiatres étaient venus s'associer à notre Congrès de langue française. Nous avons tous été sensibles à cette manifestation de sympathie dont, après les



Les congressistes à la séance d'ouverture (fig. 6).

## VARIÉTÉS *(Suite)*

discours du président Rohmer, du doyen de la Faculté P. Merklen, le professeur Allaria, le professeur Mazzini, Mlle Erlich se sont fait fort heureusement les interprètes. Le préfet, M. Roland Marcel, ajouta quelques paroles pour souligner tout le profit de réunions scientifiques s'ouvrant dans une telle atmosphère d'union, et les travaux du Congrès commencèrent.

Ce n'est pas ici qu'ils peuvent être résumés. Je voudrais dire toutefois leur intérêt. La question des *fièvres alimentaires chez l'enfant* pouvait paraître ardue et limitée. Le rapport que le professeur Schaefer a exposé d'une manière si précise et lumineuse a apporté une interprétation physiologique vraiment satisfaisante et les exposés qui ont suivi de MM. Corcan et Vallette et de MM. Mathieu et Chabrun ont montré combien l'apport français dans cette question permettait de la rendre claire et de fixer la signification et les limites des fièvres d'alimentation. La discussion a accentué encore cette impression. De même, le lendemain, l'étude des *tumeurs cérébrales de l'enfant* permit aux congressistes d'entendre un très clair exposé clinique de M. Heuyer complétant le rapport qu'il avait rédigé avec Mlle Vogt et de suivre avec un vif intérêt la démonstration faite par M. Clovis Vincent, avec ses collaborateurs David et Puech, de la possibilité d'opérer et de guérir les craniopharyngiomes (tumeurs développées aux dépens des vestiges de la poche de Rathke). Ici encore, on eut le sentiment de ce que l'apport français avait réalisé et des progrès faits par la neurochirurgie, grâce à l'effort patient et méthodique de Clovis Vincent, s'engageant dans la voie ouverte par Cushing et de Martel. Enfin, le troisième rapport, consacré par le Dr Bertoye aux *formes frustes et latentes des avitaminoses*, a apporté sur un chapitre encore obscur et mal délimité de la pathologie infantile, une étude claire et complète qui sera la base indispensable pour de nouvelles recherches.

Entre temps, les congressistes purent visiter la *Clinique infantile*, si bien organisée par le professeur Rohmer, si riche en créations heureuses et où non seulement les étudiants, mais les infirmières reçoivent un enseignement fécond. Ils eurent aussi l'occasion d'admirer l'*Institut de puériculture*, dont le Dr Forest a la direction et où on voit les efforts des œuvres de puériculture d'Alsace donner de si beaux résultats.

Pendant que les pédiatres poursuivaient leurs utiles travaux, l'inlassable activité de Mme Rohmer, de Mme Woringer et de leurs collaboratrices faisait aux dames les honneurs de Strasbourg, de sa cathédrale, de ses musées, de son port dont le merveilleux développement témoigne de l'effort français. Je sais tout le plaisir qu'ont éprouvé ceux et celles qui, sous leur conduite, ont pu admirer les multiples aspects de cette ville si vivante et si attrayante.

Il m'est impossible de dire ici le détail de toutes les réceptions dans lesquelles nos hôtes alsaciens nous ont prodigué les marques de leur



Les congressistes à Sainte-Odile. — De gauche à droite, le professeur Comba, Mme Rohmer, le professeur Rohmer (fig. 7).

accueillante amitié. Je dois me borner à rappeler la soirée artistique du lundi 5 octobre, où nous eûmes le régal d'une pièce fort spirituelle de Mme Magendie, *La Sournoise*, vivement enlevée par l'auteur et ses amis, et à dire le succès du banquet de clôture présidé par le professeur Rohmer, où l'éloquence fine, spirituelle, touchante du professeur Marfan, du professeur Péchère et de plusieurs de nos hôtes étrangers justifia les bans qui saluèrent chaque discours. Comment ne pas évoquer particulièrement le toast du doyen P. Merklen, dont l'esprit éclatait en fusées, nous réjouissant tous par son entrain et sa verve.

Le Congrès s'acheva par une excursion qu'un temps splendide favorisa et qui permit à plus de cent congressistes d'aller à travers les Vosges admirer le site merveilleux de Sainte-Odile (fig. 7), les paysages si réputés du Hohwald, de gravir les pentes du Haut-Kœnigsbourg et d'y jouir d'une admirable vue des crêtes vosgiennes, de descendre à Riquewihr dans le vignoble alsacien et d'y déguster des crus dont les connaisseurs garderont longtemps le souvenir.

La féerie, qui s'est poursuivie près d'une semaine, a pris fin. Mais le sentiment de reconnaissance à l'égard de nos chers hôtes alsaciens

sera plus durable. Qu'ils nous ont « gentiment » reçus et qu'ils ont bien servi la cause de la pédiatrie française ! Qu'ils se sont montrés dignes de leurs prédécesseurs à la Faculté française de médecine de Strasbourg qui, dans le passé, sut être si accueillante à tous ! En terminant ces notes rapides, le fils d'Alsacien que je suis, toujours heureux de revoir la ville qui lui rappelle tant de souvenirs familiaux, leur dit de tout cœur un reconnaissant merci.







Les sceaux de l'ancienne Université de Strasbourg, d'après Oscar Berger-Levrault (fig. 8).
Au milieu, le sceau de l'ancienne Université; de chaque côté, les sceaux de la Faculté de médecine; celui de droite fut apposé sur le diplôme de Dr Thomas Lauth, en septembre 1781.

## LES VISITEUSES DE L'ENFANCE DE LA FONDATION FRANCO-AMÉRICAINE A LYON

par le Dr Paul BERTOYE
médecin des hôpitaux de Lyon.

Toutes les époques se sont occupées de l'enfance, mais il est évident que depuis la fin du XIXe siècle les organisations se donnant pour but de parer à ces deux fléaux que sont la diminution de la natalité et l'augmentation de la mortalité infantile, se sont multipliées. Il y eut d'abord des initiatives privées, mais, le danger devenant plus menaçant, une législation sociale opportune créa des ressources nouvelles dans ce but. Lyon se devait de ne pas rester en dehors de ce grand mouvement d'aide à l'enfant. Avant 1914 on comptait, tant privées que publiques, une vingtaine d'œuvres diverses appliquées à cette tâche. Il y avait des consultations de nourrissons, des gouttes de lait, des crèches pour recueillir les enfants des mères obligées de travailler ; les hôpitaux avaient organisé des consultations pour les enfants nés dans les Maternités et pour ceux qui avaient été traités dans leurs services. Plus tard apparaissent la loi Strauss et la loi Doisy et commence le contrôle de la grossesse et de l'allaitement. En même temps des chefs d'industrie, comprenant l'importance sociale de cette sauvegarde de l'enfant, distribuent dans leurs usines des allocations à la naissance et des primes d'allaitement. Si à cela on ajoute les hôpitaux d'enfants, la surveillance scolaire exercée par les municipalités, on peut se rendre compte qu'en 1919 existe un véritable armement pour la lutte en faveur de l'enfant.

Les résultats viennent montrer que ce n'est pas un travail inutile. La mortalité infantile est en diminution. Mais il apparaît à ceux qui suivent cette lutte et y prennent part que dans son organisation il y a un défaut. Chaque œuvre en effet poursuit son but dans un espace déterminé, sans s'occuper de ses voisines. La pratique fait apparaître des lacunes ; certains enfants sont soumis à des contrôles multiples, tandis que d'autres restent en dehors de toute assistance. Indépendamment de cela, aucune surveillance n'est exercée dans l'intervalle des consultations et l'expérience montre que bien souvent les parents se laissent rebuter par les premières difficultés ou même se laissent aller à une fâcheuse indifférence. Les enfants sortis des hôpitaux ne sont pas ramenés aux consultations et un traitement bien commencé n'est pas continué. En outre, les parents ne connaissent souvent pas les ressources mises à leur disposition par les lois sociales ou les organisations privées. Il y a un manque de coordination entre les différentes œuvres et une absence de suite dans l'assistance : c'est une lacune qu'il faut combler.

Rapprocher les œuvres privées sans nuire à leur fonctionnement individuel, les mettre en contact avec les organisations municipales et départementales, fut le but que se proposèrent ceux qui s'intéressaient à l'enfance. Pour cela, il fallait créer un double lien. Il fallait d'abord réunir les dirigeants des diverses organisations, leur permettre d'échanger des idées et de coordonner des projets. C'est ce qui fut fait à Bordeaux, sous la direction de M. Rocaz, par la création de la Fédération des Œuvres girondines, et ce qui se fait dans d'autres départements sous l'égide du Comité national de l'Enfance. Mais échanger des idées, coordonner des projets est insuffisant si l'on ne passe pas à l'action, et si les exécutants

## VARIÉTÉS *(Suite)*

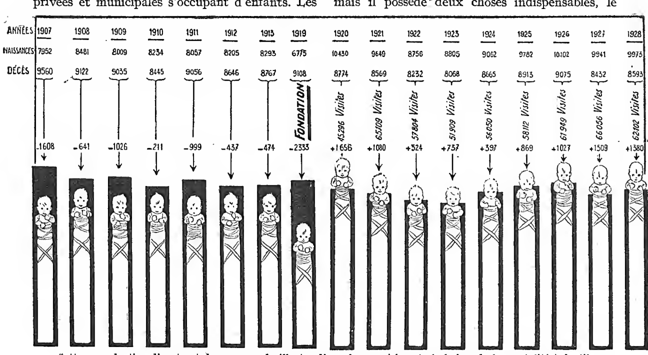
ne font pas entrer dans la pratique les projets des dirigeants. C'est pour cela qu'il fallait une Œuvre qui ne remplacerait pas les autres, mais dont le personnel servirait de lien constant entre les différentes organisations déjà existantes. Cette œuvre nouvelle, ce sont les Visiteuses de l'Enfance.

En 1918, Mme Edmond Gillet, fondatrice du Comité de secours aux rapatriés, et le représentant à Lyon de la Croix-Rouge américaine, le professeur Lucas, eurent l'idée de fonder à Lyon un corps de visiteuses, instruites en puériculture, qui se mettrait à la disposition des services hospitaliers de maternité et de pédiatrie, et des œuvres privées et municipales s'occupant d'enfants. Les services rendus par cette première équipe furent tels que l'on décida, sous le nom de Fondation franco-américaine pour l'Enfance, de créer une œuvre durable des visiteuses à Lyon, sous le haut patronage de la Chambre de commerce.

Depuis cette époque, cette œuvre n'a pas cessé d'exister et de se développer. Commencée avec quelques visiteuses, elle en comprend actuellement 60, et ce chiffre est au-dessous de nos besoins. Localisée d'abord à Lyon, elle s'étend actuellement sur les communes suburbaines de Villeurbanne, de Vault-en-Velin, de Bron, de Cuire et Caluire. Elle réunit en un tout cette vaste agglomération de la région lyonnaise, qui comprend près d'un million d'habitants.

C'est le mécanisme et les résultats de cette Œuvre que je désire rapidement exposer.

Travailler dans le désordre dans une pareille masse aurait été une erreur. Il fallait créer un organisme local qui tienne sous sa dépendance un territoire restreint. Cette cellule initiale de l'Œuvre, c'est le *district*. A Lyon, il comprend le territoire d'un arrondissement ; au dehors, celui d'une commune. A la tête de ce district se trouve une visiteuse, chef de secteur, qui a sous ses ordres un nombre variable de collaboratrices suivant l'importance en population de son territoire. Au centre de celui-ci, se trouve la permanence, composée d'une ou deux pièces où les visiteuses peuvent se réunir, rédiger leurs rapports et leurs fiches de renseignements. Il est sobrement meublé, mais il possède deux choses indispensables, le téléphone et un fichier. Dans ce dernier, tous les enfants au-dessous d'un an ont une observation sur laquelle sont portés les renseignements sociaux et médicaux qui marquent sa première étape dans la vie. Cette fiche est passée automatiquement aux districts voisins, si l'enfant change de domicile.




Cette reproduction d'un tract de propagande illustre d'une façon saisissante la baisse de la mortalité infantile depuis l'entrée en fonctionnement de la Fondation Franco-Américaine.

A l'intérieur de ce district la visiteuse s'occupe de tous les enfants âgés de moins d'un an, et assure la surveillance du service prénatal. Renseignée par les Maternités et les bureaux de l'état civil sur les naissances survenues dans son territoire, elle assure la stricte exécution des règles d'hygiène et d'alimentation qui ont été indiquées aux mères. Dans quelques familles, la situation dans l'échelle sociale rend des visites inutiles, mais partout la visiteuse est bien reçue et actuelle-

ment nulle part elle n'est éconduite. Là ne se borne pas son rôle : elle conduit l'enfant aux consultations si la mère ne peut s'y rendre, elle le soigne s'il est malade, et si la mère ne peut le faire elle se substitue à elle pour les démarches dans les diverses administrations, en vue du paiement des primes ou de l'établissement des divers certificats nécessaires à l'assistance sociale.

Mais, du fait de la généralisation à Lyon du système des allocations familiales et des œuvres de prévoyance qui s'y rattachent, la visiteuse s'est trouvée obligée de s'occuper de la deuxième enfance. Elle assiste aux consultations de stomatologie, ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie qui ont été créées pour les enfants des caisses ainsi qu'aux consultations en vue de l'envoi à la campagne ou à la mer. Enfin certaines municipalités des communes suburbaines ont confié à nos visiteuses la surveillance des enfants des écoles, sous la direction des médecins inspecteurs.

Ce réseau est complété par les visiteuses de la Franco, qui sont assistantes sociales dans les Maternités, les services hospitaliers de médecine et chirurgie infantiles. De grandes organisations industrielles et commerciales, des banques, ont confié également à nos visiteuses le soin de s'occuper des enfants de leur personnel. On peut donc dire que dans ces conditions bien peu d'enfants échappent à notre surveillance.

Visiteuses de district, assistantes sociales des hôpitaux et des entreprises privées, surveillent les enfants de l'agglomération lyonnaise, mais chacune d'elles ne voit que son secteur. Il est indispensable qu'il y ait un organisme supérieur jugeant de l'ensemble et assurant la liaison entre les diverses parties. Il est constitué par la directrice et son bureau. C'est elle qui reçoit les demandes de secours et les distribue entre les différents services. C'est elle surtout qui provoque et dirige la réunion hebdomadaire de toutes les visiteuses. En effet, une fois par semaine, toutes les visiteuses se réunissent dans le local central. Là, chacune d'elles expose ses demandes, transmet à ses collègues les renseignements qu'on lui a réclamés, répond aux questions qui lui sont posées. Pendant la semaine, chacune d'elles a inscrit sur les feuilles détachables d'un carnet les notes prises aux consultations, dans les services, les mutations d'enfants d'un district à l'autre, les demandes de parents. Ce sont ces notes qu'elle va remettre aux différents destinataires. La directrice fait part à cette réunion des réflexions générales qu'inspire le service, elle distribue ses ordres par le même système de notes manuscrites. En une heure tout le travail est terminé et pas un incident survenu chez les enfants surveillés n'a passé inaperçu.

Si l'on ajoute que, grâce à la bienveillance de M. le professeur Courmont, il existe des réunions mensuelles, dans chaque district, entre visiteuses d'enfants et visiteuses d'hygiène sociale, que l'Œuvre Grancher a pour assurer sa permanence une de nos visiteuses, on voit que le réseau de surveillance est des plus serré et qu'il est difficile à un enfant de passer entre ses mailles.

Ce qui fait la caractéristique de cette organisation, ce n'est pas l'existence d'une visiteuse, qui dans chaque œuvre prolonge au dehors les bienfaits de l'œuvre, mais c'est qu'à Lyon toutes les organisations ont renoncé à assurer elles-mêmes ce service de visites à domicile, et qu'elles l'ont confié à un organisme unique. Il y a là un gain de temps, une unité de direction et d'exécution, une suppression des doubles emplois, et une garantie que peu d'enfants resteront en dehors de l'effort social fait en leur faveur.

Pour appuyer la valeur de ces affirmations, il n'est que de consulter les statistiques. On peut discuter leur valeur dans certains cas, mais dans les circonstances présentes elles ont une rigueur qui nous paraît difficilement discutable.

En 1930, 10 719 enfants sont nés dans la ville de Lyon, et sur ce nombre 8 718 ont été surveillés par les visiteuses de la Franco-Américaine. Comme nul n'ignore que la mortalité infantile est plus élevée pendant le premier mois de la vie que dans les suivants, il est intéressant de noter que sur ce dernier chiffre 7 384 enfants ont été visités dès le premier mois, soit qu'ils soient nés dans les Maternités, soit que les mères aient accouché en ville.

Pour envisager un autre aspect de la question, nous ferons remarquer que sur les 8 718 enfants surveillés, 4 539 seulement suivent les consultarions privées ou hospitalières. Il y en a donc 50 pour 100 qui n'ont pour les surveiller que la visiteuse.

L'effort fourni est donc considérable. Mais il faut juger une œuvre non seulement par le travail fourni, mais par les résultats auxquels elle aboutit. Pour en juger sur une agglomération aussi considérable que celle de Lyon et des communes suburbaines, il faut s'adresser aux statistiques qui nous ont été obligeamment communiquées par M. l'inspecteur des Enfants assistés du département du Rhône.

En 1907, il y a dans le Rhône 14 460 naissances et 17 386 décès ; en 1929, il y a dans le même département 15 886 naissances et 17 372 décès. C'est donc un déficit dans les deux cas. Pour juger de la valeur de la Fondation, il faut comparer ces chiffres avec ceux qui ne concernent que la ville de Lyon, où fonctionne le service des visiteuses.

## VARIÉTÉS *(Suite)*

Nous allons voir que tandis que la ville de Lyon a un excédent de naissances, le reste du département a un excédent de décès.

A Lyon, de 1907 à 1913, il y a une perte moyenne de 785 vies par an. En 1919, l'Œuvre des visiteuses commence à fonctionner, en même temps que se développent les œuvres d'enfants. De 1920 à 1930, il y a un gain moyen de 1 191 vies par an. En 1930, les naissances ont dépassé les décès de 2 376. Dire que les résultats ont été obtenus par la seule Œuvre des visiteuses serait fatuité, mais il n'est pas inutile de faire remarquer qu'avant 1919, il existait des crèches, des consultations, des Gouttes de lait, que leur nombre n'a pas sensiblement augmenté depuis ce moment, et que si elles ont été plus suivies, il faut en faire honneur à celles qui vont chaque jour dans les familles répéter les bienfaits de l'hygiène et veiller à son exécution.

La diminution de la mortalité infantile ne porte pas seulement sur les enfants vivants, elle porte aussi sur les enfants à naître : c'est la part du service prénatal institué par la loi Strauss. En 1920, 9 649 enfants naissent à Lyon, dont 4 218 ont régulièrement visités, mais les mères bénéficiaires de la loi Strauss ne sont qu'au nombre de 733 ; il y a 506 mort-nés, soit 5,34 p. 100. En 1929, 9 898 enfants naissent, mais 2 554 femmes enceintes sont visitées ; il n'y a plus que 369 mort-nés, soit 3,61 p. 100. Il faut, pour apprécier justement la valeur de ce service prénatal, auquel les visiteuses ont très largement collaboré, faire remarquer que, par suite de la surveillance exercée sur les mères, beaucoup d'enfants sont nés moins débiles et n'ont pas succombé dans les premiers mois.

Pour obtenir ces résultats, il faut un effort considérable, et nous pouvons le chiffrer en disant que, pendant l'année 1930, nos visiteuses ont fait près de 100 000 visites.

Tout ceci n'est obtenu que par une organisation rigoureuse et par l'emploi d'un personnel suffisant. Il est donc nécessaire que l'Œuvre ait à sa disposition des fonds suffisants pour arriver au but qu'elle s'est fixé. Sans entrer dans les détails de notre trésorerie, nous pouvons dire qu'en 1929, le chiffre total des dépenses s'est élevé à 626 946 francs. Nous avons reçu de l'État et des communes 68 000 francs ; tout le reste, soit 558 000 francs, nous a été fourni par la générosité de nos compatriotes. C'est là un spectacle consolant, mais aussi un sujet d'inquiétude, car cet effort ne peut être indéfiniment continué. Il ne faut pas enlever à l'Œuvre des visiteuses son caractère privé, car elle trouve dans cette indépendance une plus grande facilité à s'adapter aux événements : elle vient de le montrer en entrant dans le cadre des assurances sociales. Mais elle doit être largement subventionnée par l'État et les communes ; c'est d'ailleurs leur intérêt. On sait ce que représente le budget d'assistance d'une grande ville ; or prévenir coûte moins cher que guérir. En dix ans, 10 000 vies humaines au moins ont été sauvées du fait d'une meilleure organisation. Cela nous a coûté 5 millions. Cela revient à 500 francs par vie d'enfant préservée ; on ne saurait dire que c'est payer trop cher.

Au reste, personne ne discute plus aujourd'hui la valeur des visiteuses, mais nous voulons insister encore sur le caractère spécial que revêt cette organisation dans la région lyonnaise. En assurant la liaison entre les différentes œuvres par une visiteuse unique ; elle est le gage le plus certain de la coordination et de la continuité des efforts pour ce but qu'ont en vue tous les puériculteurs : diminuer la mortalité infantile.

---

### LE PRÉVENTORIUM DE VALLOIRES

**Par le Dr P. FERRIER.**

**L'ancienne abbaye. Le préventorium moderne.** — « Du neuf dans du vieux ! Quelle réussite merveilleuse ! » Tel est le cri qu'ont poussé tant de visiteurs de Valloires. Avant de les suivre au long de leur visite, il y a toutefois quelques mots à dire au sujet des conditions grâce auxquelles cette réussite a été obtenue.

En 1921, l'antique abbaye de Valloires, vieux fief bénédictin, présentait l'aspect le plus désolé. Sans doute, à qui s'aventurait à travers son domaine en friche et ses salles désertes, il était donné en récompense de découvrir les merveilles de la chapelle, classée dès cette époque comme monument historique. Tout le voisinage gardait aussi l'orgueil du passé glorieux auquel avait été mêlée cette abbaye, fondée au XIIe siècle, reconstruite au XVIIIe siècle, ornée alors par le sculpteur Pfaff d'un buffet d'orgues célèbre et de boiseries précieuses.

Malheureusement à l'abandon de 1905 à 1914 par suite de l'application de la loi sur les congrégations, occupée pendant la guerre par une ambulance, puis abandonnée de nouveau, elle se dégradait de jour en jour, sans que personne sût d'où viendrait le salut. Par son isolement, — à 17 kilomètres d'une gare, à 20 kilomètres du littoral de la Manche — elle décourageait les preneurs autant que par les frais qu'ils devraient engager pour la restauration.

## VARIÉTÉS *(Suite)*

La solution fut heureusement trouvée à la préfecture de la Somme, que le travail des régions libérées avait mise en relations constantes avec Mlle Papillon, infirmière de la guerre, placée par la Croix-Rouge française (A. D. F.) à la tête du poste de secours de Vraignes, où elle venait de donner sa mesure pendant deux années. Conseillée, orientée par la préfecture, patronnée par l'A. D. F., Mlle Papillon ne disposait à l'origine que de faibles ressources financières ; par contre, elle était forte de collaborations fidèles.

Dans le Conseil d'administration dont elle-même prit la présidence, elle eut d'emblée, comme secrétaire générale, son amie de guerre et ancien chef d'équipe Mme Droz, rompue à la pratique des œuvres ; en outre, plusieurs de ses voisins de la Somme, industriels et agriculteurs, dont l'expérience des affaires devait si bien la servir, et parmi ceux-ci, M. Marcel Jeanson, en qui l'Association de Valloires devait trouver son trésorier un peu plus tard.

En fait, ce fut grâce aux efforts conjugués de la présidente et de son conseil, que l'œuvre, fondée en 1922, obtint la reconnaissance d'utilité publique en juin 1925. Aussitôt, une demande de subvention fut adressée au ministère de l'Hygiène, appuyée par des plans et devis qui avaient pour objet de doter Valloires de tout l'équipement moderne qui lui manquait. La subvention ayant été accordée, les travaux étant poursuivis méthodiquement depuis lors, il peut paraître intéressant d'inscrire ici le chiffre de : 2 050 000 francs, auquel est monté, acquisition comprise, ce « plan immobilier » de Valloires. En rappelant que le prix en a été acquitté, suivant un usage courant, pour moitié par les subventions du Ministère, et pour moitié par la bienfaisance privée, il sied encore d'inscrire le chiffre de trois cents lits, qui est celui des disponibilités actuelles du préventorium. Les frais d'établissement de chaque lit, ainsi qu'il apparaît du rapprochement de ces deux chiffres, ne dépassent donc pas de 6 000 à 7 000 francs. Parmi les avantages correspondants, il faut compter, à l'actif de l'ancienne abbaye, seize hectares de vergers et de prairies, une laiterie et un potager, tout le gros œuvre et toute la beauté des bâtiments dont il va être parlé ; comme résultats des aménagements nombreux, il y a le chauffage central, les installations sanitaires, l'éclairage électrique qui a permis entre autres l'emploi des appareils ménagers et culinaires qui suppriment les embarras de service ; il y faut comprendre enfin la restauration et la mise en valeur des locaux ignorés, tels, par exemple, que ceux qui sont traversés par les vieilles charpentes des combles.

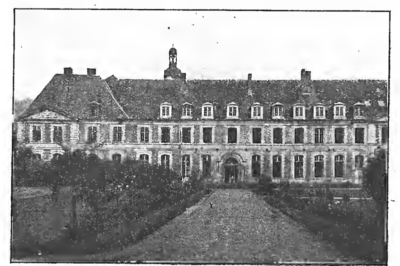


*Photo Yvon.*

Le préventorium de Valloires. L'ancienne abbaye (fig. 2).

Ensuite, sachant le coût de l'entreprise, il reste à voir quel profit en retirent les enfants, et par quels moyens.

**Le climat.** — Au sujet du climat, on peut toujours se reporter au témoignage du Dr Jacques Calvé, de Berck-Plage, tel qu'il l'apportait à la seconde assemblée générale de l'œuvre, le 24 juin 1924. Frappé de la position « stratégique » de Valloires comme emplacement de préventorium, le Dr Calvé s'exprimait ainsi : « Abrité des vents dominants, il permet aux enfants débiles de s'acclimater au début de leur séjour. Le voisinage des grands plateaux dominant la vallée de l'Authie, balayés par le vent du large, est d'une ressource inappréciable comme lieu de promenades

après l'acclimatement du début. C'est un climat de transition, entre le climat de plaine trop doux et le climat marin trop rude. »

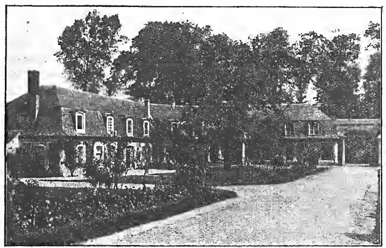
Ce même témoignage, rendu par tous les médecins de Berck, qui connaissent Valloires depuis longtemps, l'est entre autres par le Dr Mozer, qui, comme consultant, n'a cessé de prêter sa collaboration à l'œuvre depuis sa fondation.

En fait, l'acclimatement se fait parmi nos enfants d'une façon très naturelle, et ils ne souffrent aucunement de la situation géographique de l'établissement.

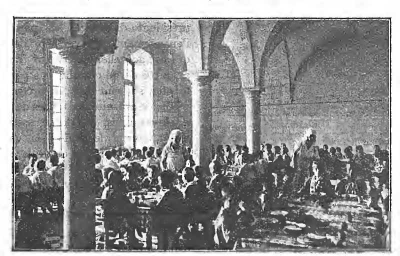
**Les bâtiments, leur appropriation.** — A part les portions de l'abbaye qui sont classées par arrêté du ministère des Beaux-Arts, — la chapelle, la salle capitulaire, la sacristie, — les bâtiments se décomposent en deux pavillons de communs, à l'entrée de la cour d'honneur, et en une vaste construction isolée, à deux étages, dont les quatre ailes enferment l'ancien cloître (fig. 1).

A ce cloître, il fut trouvé d'emblée une destination : celle de vaste préau, convenant admirablement aux jeux des différents groupes d'enfants par temps mauvais ou médiocre, chacune des galeries du cloître pouvant être affectée à un groupe différent.

Quant aux autres galeries, salles et chambres qui avaient eu jadis leur appropriation conventuelle, elles se prêtaient partiellement à une utilisation immédiate, ayant de belles dimensions, de grandes et larges fenêtres, étant protégées contre l'humidité par des murs épais et de précieuses vieilles boiseries. Aujourd'hui, après les travaux qui se sont continués depuis 1926 sans que le fonctionnement de l'établissement ait été



(*Photo Yvon.*)
L'entrée de la cour d'honneur et les communs qui servent de pavillon d'isolement (fig. 2).



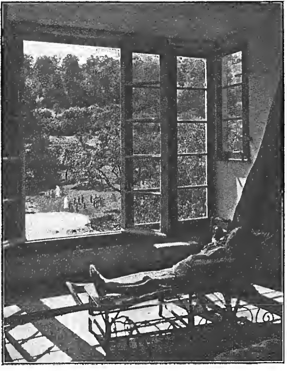
(*Photo Yvon*).
Un des réfectoires dans l'ancienne abbaye (fig. 3).

suspendu un seul instant, l'énumération sommaire des locaux transformés comporte ces trois divisions :

1° Au rez-de-chaussée, deux réfectoires magnifiques (fig. 3), cinq classes, le secrétariat, la cuisine et ses dépendances, les douches et trois groupes de W.-C.

2° Au premier étage, une galerie pour la cure post-prandiale, douze dortoirs comprenant deux cents lits, les lavabos correspondants, quatre groupes de W.-C., les chambres d'infirmières, les quatre chambres affectées au jardin d'enfants.

3° Au deuxième étage, dont l'aménagement se poursuit encore à l'heure actuelle, il existe dès à



*(Photo Yvon.)*

La cure solaire au premier étage (fig. 4).

présent trois grands dortoirs, des chambres pour le personnel et une infirmerie comme selon les exigences les plus modernes, quant à l'ensoleillement, à la répartition des malades, et à l'emploi d'une cuisine de régimes.

Naturellement, les appareils sanitaires et le chauffage central ont fait leur apparition à ce deuxième étage au fur et à mesure que des locaux nouveaux y étaient mis en service. Et nous retrouvons ces mêmes installations irréprochables dans les communs, à l'entrée, qui ont reçu ces affectations diverses : à gauche, garage, lingerie, repasserie, buanderie mécanique ; à droite, pavillon d'isolement permettant d'accueillir quarante enfants à leur arrivée, avec cabinet médical et ses annexes (fig. 2).

**Le recrutement des enfants.** — Le décor étant dressé, quels sont les enfants qui l'occupent ?

Évidemment, l'établissement étant un préventorium, ceux qui sont désignés pour la cure préventoriale par les médecins des dispensaires d'hygiène sociale ou des services d'hôpital spécialisés. J'ai énuméré, d'autre part, quelles indications ressortent du climat quant au choix de Valloires pour cette cure préventoriale.

Il reste donc à nommer les régions où se fait principalement le recrutement, bien que, statutairement, les enfants de toute la France soient admis.

Naturellement, un contingent important est fourni par la Somme et le Pas-de-Calais, les associations départementales de préservation antituberculeuse de ces deux départements s'étant même réservé un minimum fixe de placements.

Un autre contingent, au moins égal au premier, est fourni par les enfants de la Seine et de Seine-et-Oise, qui tirent du climat et de la cure des bénéfices évidents.

Enfin, le recrutement habituel s'étend à une dizaine d'autres départements du Nord, de l'Est, ou éventuellement de l'Ouest, allant des Ardennes et de l'Aisne jusqu'à la Seine-Inférieure et la Vendée.

Quant aux formalités d'admission, elles sont réglées par les imprimés qu'il est facile de se procurer en les demandant par écrit à Valloires, à la présidente-directrice, et parmi lesquels figure l'engagement de payer le prix de pension. Ce prix. qui est actuellement de 11 francs par jour, est acquitté en de certains cas par les familles, mais le plus souvent par les préfectures, l'Assistance médicale gratuite, les offices des pupilles et, depuis quelques mois, par les caisses d'Assurances sociales, parmi lesquelles la caisse interdépartementale de la Seine et de la Seine-et-Oise.

**Le régime normal des enfants.** — Le régime des enfants, tel qu'il est pratiqué normalement après un isolement de vingt-deux jours dans le pavillon des entrants, repose naturellement sur les données constantes, fixées par l'expérience pour les établissements du même genre : aération, repos prolongé au lit, sieste post-prandiale, douche quotidienne, alimentation raisonnée, gymnastique et jeux surveillés, travail scolaire limité, examens médicaux réguliers.

Ce qu'il est permis de dire, quant à l'application à Valloires de ces règles, c'est que, la disposition des lieux s'y prêtant, et grâce à la collaboration d'un personnel d'élite, l'autonomie de chaque groupe d'enfants permet de pousser aussi

loin que possible les observations qui profitent à chacun de ses membres.

Pratiquement, les trois cents pensionnaires se répartissent donc en huit groupes : quatre pour les garçons, et quatre pour les filles, placés chacun sous la garde d'une surveillante qui ne le quitte ni au dortoir, ni à table, ni aux jeux, ni à la promenade, et qui se tient en contact avec l'infirmière chargée de présenter chaque enfant au médecin, lors de la visite hebdomadaire, ou en cas d'incident fortuit.

C'est ainsi que, peu à peu, ont prévalu certaines adaptations des données primitives, où il est tenu compte à la fois des constatations médicales et des observations d'ordre moral.

Les quatre groupes de très jeunes enfants, de trois à sept ans, ont tiré grand bénéfice d'un régime qui comporte quatorze heures de sommeil ; deux repas sur trois servis avec des menus spéciaux, riches en farines, en fruits et en sucre, à part du grand réfectoire ; des horaires de jeux et de sorties qui ne les exposent à aucun mélange avec les grands ; et, jusque dans leurs petits travaux du jardin d'enfants, des subdivisions qui permettent de supprimer les causes d'excitation.

Des bénéfices analogues ont été tirés de méthodes différentes avec les garçons de huit à treize ans, dont les jeux sont organisés sous le contrôle du médecin par une cheftaine d'expérience, qui utilise pour leur plus grand bien les disciplines du scoutisme. Les grandes filles, d'autre part, reçoivent un enseignement ménager dont elles tireront plus tard un profit appréciable. Garçons et filles enfin, s'ils sont de l'âge scolaire, suivent les classes primaires qui leur sont faites par des institutrices attachées à la maison ; et le plus grand éloge qu'on puisse faire de leur zèle, ainsi que de l'enseignement qu'ils reçoivent, c'est qu'une dizaine des écoliers de Valloires sont reçus chaque année au certificat d'études, sans que leurs présences en classe aient dépassé jamais deux heures et demie par jour.

Naturellement ce régime normal, tel qu'il est appliqué au bénéfice de la majorité des enfants, n'exclut pas des traitements supplémentaires. Mais il s'agit alors de cas d'espèce, concernant des enfants qui présentent des signes pathologiques supplémentaires à ceux qui ont motivé leur envoi en préventorium, de sorte que leur cure en est compromise ou retardée.

**Les cas d'espèce. Les traitements supplémentaires.** — C'est ainsi que, depuis huit ans, et faisant appel fréquemment aux confrères qui ont répondu de la manière la plus généreuse à mon appel, nous avons pu notamment instituer au profit des enfants les traitements appropriés aux cas qui se sont présentés à nous. Ces cas pathologiques nous sont fournis presque toujours par les entrants et se déclarent pendant l'isolement.

Suivant l'état du jeune malade, ou nous l'évacuons sur l'hôpital médical d'Abbeville, ou nous le soignons à Valloires même.

Au préventorium il a été prévu une infirmerie d'urgence, où nous pouvons donner tous les soins nécessaires. De plus, le préventorium de Valloires possède un cabinet dentaire, un poste de radiographie, un poste de rayons ultra-violets, et nous pensons y installer prochainement un poste de diathermie.

Au point de vue des soins chirurgicaux, le conseil d'administration envisage la création, dans un local resté inoccupé, d'un petit hôpital chirurgical de dix lits.

Ainsi outillé, le préventorium de Valloires sera peut-être unique en France.

**Résultats. Liaison avec les organismes d'hygiène sociale.** — Il est naturellement impossible, dans le cadre de cet article, de donner des statistiques d'ensemble, portant sur huit années d'exercice. Il nous suffit de dire que nous n'avons pas 5 p. 100 d'intérêt.

Il est sans doute plus sérieux et plus intéressant d'indiquer de quelle façon s'opère la liaison entre le dispensaire d'hygiène sociale qui a envoyé l'enfant et le préventorium qui l'a pris en charge.

A l'entrée, c'est le dispensaire qui envoie au préventorium les renseignements médicaux et sociaux qui sont consignés sur le *questionnaire.*

A la sortie, c'est le préventorium qui adresse au dispensaire une *fiche de sortie*, qui résume les résultats consignés, au long de la cure, sur les fiches que l'établissement conserve.

De ces *fiches de séjour*, enfin, qui concourent au même but, il en est plusieurs au nom de chaque enfant :

*a.* Celle, tenue par l'infirmière et communiquée au médecin, où s'incrivent chaque quinzaine le poids, la taille, le périmètre thoracique et l'amplitude respiratoire ;

*b.* La fiche médicale proprement dite, où le médecin consigne les observations qui ressortent de l'examen clinique et de la radioscopie ainsi que les traitements prescrits, les interventions, les vaccinations ;

*c.* Supplémentairement, la fiche morale et scolaire de séjour, à laquelle collaborent la surveillante et l'institutrice.

De l'ensemble de ces renseignements, le plus souvent satisfaisants — utiles, lors même que le

résultat visé n'a pas été atteint, — le médecin du dispensaire d'hygiène sociale tire par la suite toutes les conclusions qu'ils comportent quant à ses prescriptions concernant l'enfant lui-même ou les autres membres de sa famille.

**Conclusion.** — Telles sont les méthodes suivies dans un établissement dont les débuts difficiles remontent à moins de dix années et dont la fortune présente s'explique par ces raisons diverses :

La situation de choix dans un climat approprié ;

L'heureuse transformation d'un monument admirable, legs des âges passés ;

La faveur des pouvoirs publics, qui ne lui a jamais manqué ;

Le concours rare de dévouements et de compétences qui s'est trouvé au sein de son conseil d'administration ;

Avant tout, à Valloires même, la direction éclairée de sa présidente, et la valeur exceptionnelle des infirmières diplômées comme du personnel subalterne qu'elle a su fixer à ses côtés.

D'année en année, à mesure que le rayon d'action du préventorium s'étendait, il a été l'objet de témoignages de plus en plus flatteurs de la part des médecins qui entraient en relation avec lui. Le Congrès de thalassothérapie, qui s'est tenu cette année à Berck-Plage, lui ayant amené de nouveaux visiteurs, il s'est trouvé parmi eux d'éminents phtisiologues dont l'approbation a été particulièrement sensible au médecin de l'établissement.

Il reste donc à la disposition entière des confrères qui, sur un point quelconque, souhaiteraient un complément de renseignements.

En servant une œuvre à laquelle il est profondément attaché, il penserait servir ainsi la cause plus générale de la préservation de l'enfance contre l'infection tuberculeuse.

---

## LE CONTROLE OFFICIEL DU LAIT

**Par Fernand BENOIST**

Chef de clinique à l'hospice des Enfants-Assistés.

Le contrôle du lait demeure une des questions d'hygiène les plus difficiles à résoudre, étant données les conditions dans lesquelles la production, le ramassage, la répartition et la vente sont actuellement faits dans la majorité des cas ; et pourtant il s'agit d'un problème d'une importance capitale. Depuis plusieurs années de réels progrès ont cependant été effectués en France pour obtenir des laits propres et sains. Dans une thèse récente, faite sous la direction du professeur Tanon, Clément Mondor a rapporté les résultats obtenus grâce au contrôle des laboratoires de la Préfecture (thèse de Paris, 1929). Mais si l'obtention de laits propres est actuellement réalisée dans la très grande majorité des entreprises laitières, celle de laits sains demeure plus difficile. Aucun contrôle bactériologique n'est en effet imposé par les règlements. Un tel contrôle est cependant indispensable quand il s'agit de lait destiné aux nourrissons ou aux malades.

Deux articles parus récemment ont attiré l'attention sur les laits contrôlés et les dangers d'un contrôle insuffisant (1). L'impossibilité d'obtenir un contrôle réel a même écarté depuis la guerre nombre de pédiatres de l'emploi du lait de vache ordinaire, d'où l'emploi aujourd'hui courant des laits stérilisés, des laits concentrés et des laits secs dans la diététique et la thérapeutique des enfants du premier âge. Les avantages de ces laits sont d'ailleurs manifestes. Ils rendent des services que nul ne songe à nier ; cependant l'emploi continu de ces laits toujours profondément modifiés n'est pas sans inconvénients. L'importance des vitamines dans l'assimilation explique d'ailleurs l'apparition de certains troubles fréquemment observés. Des cas de scorbut avéré ou fruste, bien que moins fréquents depuis quelques années, sont encore d'observation relativement courante dans nos consultations hospitalières.

Dans un travail récent effectué dans le service du professeur Lereboullet, Marcel Lelong et Jean Chabrun ont étudié un aspect spécial de scorbut fruste caractérisé seulement par une « fièvre initiale », et le professeur Lereboullet a consacré à cette importante question une de ses leçons cliniques (2).

D'autre part, l'emploi des laits industriels selon des concentrations inexactes peut entraîner également des anomalies de la courbe thermique (3).

Posséder un lait de vache propre et sain n'est donc pas, même à l'heure actuelle, un problème inutile à résoudre. Il s'agit là d'une question déjà résolue à l'étranger (États-Unis, Hollande, Danemark) grâce à l'intérêt que suscite en certains

(1) G. HALLEZ, Le lait officiellement contrôlé en France (*Presse médicale*), 8 avril 1931. — J. RENNES, L'équivoque sur le contrôle du lait (*Presse médicale*, 11 juillet 1931).

(2) P. LEREBOULLET, Le scorbut du nourrisson (*Concours médical*, 12 juillet 1931).

(3) P. LEREBOULLET, La fièvre de lait sec (*Progrès médical*, 25 juillet 1931). — ROBERT DEBRÉ et MARCEL LELONG, Les fièvres alimentaires du nourrisson (*Presse médicale*, 20 juin 1930).

pays tout ce qui touche à l'enfant et d'autre part grâce aux progrès de l'industrie laitière.

Pour obtenir un tel lait, les conditions requises sont nombreuses et surtout de réalisation pratique difficile, étant donnée la masse énorme utilisée chaque jour. Le professeur Marfan, dans la deuxième édition de son *Traité d'allaitement*, a longuement insisté sur les conditions que doit remplir le producteur pour que son lait puisse être donné sans crainte aux nourrissons. La condition primordiale est que le lait soit *surveillé dès la traite.* Ceci implique que les vaches laitières soient dans des laiteries propres et aérées, qu'elles soient alimentées convenablement. Elles ne doivent pas réagir à la tuberculine. De plus, le personnel doit être surveillé tant au point de vue de la manière dont il procède à la traite que des affections contagieuses qu'il peut présenter. Le lait ainsi recueilli doit être immédiatement refroidi et, après répartition en bidons scellés, être amené rapidement au centre qui procède à sa livraison.

Jusqu'à ces dernières années, de telles conditions n'avaient jamais été officiellement remplies en France. Après avoir cité l'exemple de la ville de Philadelphie, dont la Société de pédiatrie surveille les laits destinés aux nourrissons, le professeur Marfan mettait en doute la possibilité d'une telle réalisation. La question est aujourd'hui résolue grâce aux directives données par le ministre de l'Agriculture et surtout grâce à la collaboration du service de la Répression des fraudes avec le Syndicat général de la laiterie.

Dès 1927, en effet, une circulaire ministérielle avait invité les producteurs à se soumettre à un contrôle officiel, mais cette circulaire était restée sans effet. Il était nécessaire, pour réaliser cette suggestion, de disposer de capitaux considérables, et c'est seulement par la collaboration de plusieurs groupes laitiers importants qu'une telle entreprise a pu être réalisée. Ainsi que l'a écrit très justement Hallez, il fallait trouver un organisme idéal, terme de passage des laits individuels au lait anonyme officiellement contrôlé.

Nous n'insisterons pas sur les projets successivement étudiés pour réaliser un tel programme. Nous voulons seulement montrer comment un tel contrôle est actuellement effectué chez les producteurs qui fournissent *le lait officiellement contrôlé.*

Lorsqu'un agriculteur veut bénéficier du contrôle officiel, il en fait la demande à la Préfecture de son département qui en saisit le Comité d'hygiène. Celui-ci désigne une commission composée d'un médecin et d'un vétérinaire qui va sur place examiner les locaux. Cette commission conclut au rejet ou à l'acceptation, ou à une acceptation différée après modifications apportées par l'agriculteur à ses bâtiments. Après vérification des travaux et acceptation, la ferme est régulièrement visitée 1° par un médecin désigné par le Comité d'hygiène ; 2° par un vétérinaire local désigné par le vétérinaire départemental.

1° Le médecin passe une ou deux fois par mois à la ferme et dans tous les cas de maladie. Il examine le personnel, fait pratiquer les examens de laboratoire qu'il juge utiles, consigne sur un registre spécial ses observations et ses prescriptions. Aux visites suivantes, qui peuvent être inopinées, il s'assure de l'exécution de ses prescriptions.



Échantillon pris à la laiterie et cacheté par le contrôleur officiel (fig. 1).

2° Le vétérinaire local examine le bétail, pratique les réactions à la tuberculine. Aucune vache réagissant à la tuberculine ne peut être introduite dans l'étable ; des contre-épreuves bisannuelles confirment ce premier diagnostic. De plus, toute vache présentant une mammite ou une diarrhée chronique est éliminée.

Le vétérinaire a tout pouvoir pour demander des modifications dans la tenue des bêtes, la manière de traire, la réfrigération du lait.

L'agriculteur doit se conformer à toutes ses observations, sous peine de se voir retirer le bénéfice du contrôle officiel.

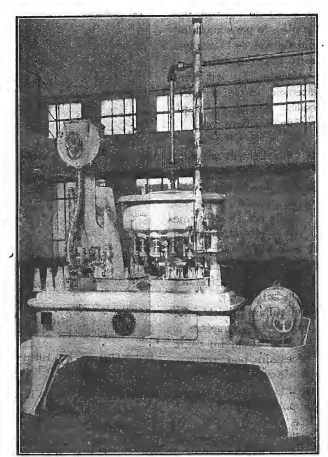
Le bon fonctionnement du service vétérinaire est surveillé à l'improviste par le vétérinaire départemental.

Le lait ainsi récolté est immédiatement refroidi

## VARIÉTÉS *(Suite)*

par une machine à glace à la température de 4° puis mis en pots cachetés par l'agriculteur. Il est transporté à l'usine par camions isothermes ou wagons spéciaux. Grâce à ces soins, le lait recueilli se maintient semblable à lui-même ; son acidité reste inférieure ou au plus égale à 17° Dornic. Le développement microbien est infime. C'est là un *point capital*, car si la pasteurisation détruit la majorité des germes, *elle ne peut rien sur les toxines produites avant cette opération*, et un tel lait peut être toxique. *Seuls les laits surveillés dès l'origine* conservent toutes leurs qualités.

incomplet, et rien ne montre mieux la nécessité d'un double contrôle que le fait suivant rapporté par J. Rennes : « Le Syndicat des pharmaciens, dans une grande ville de France, désirant offrir à la population du bon lait, s'entendit avec un laitier qui donnait des garanties considérées comme indiscutables : tuberculinisation du troupeau, analyses fréquentes, cachet de garantie. Mais le laitier, ayant été atteint de fièvre typhoïde et n'ayant pas pris les précautions voulues, contamina le lait de son exploitation. 53 cas de typhus abdominal furent observés dans sa clientèle chez



Machines à remplir les bouteilles en papier (fig. 2).

A l'usine, un contrôle permanent est exercé par un agent du service de la Répression des fraudes qui vérifie la provenance des laits et par un vétérinaire qui effectue des prélèvements. La continuité du contrôle s'exerce donc depuis l'étable jusqu'à la répartitition du lait en pots scellés (fig. 1). Le corps médical peut donc attacher une réelle importance à la garantie donnée par les laits officiellement contrôlés, car le contrôle officiel auquel se soumettent les producteurs et sur lequel veillent les services d'Etat est *constant* et *continu*.

Le *double contrôle* du personnel et du matériel évite les désastres que peut entraîner un contrôle

les buveurs de lait cru, confiants dans l'étiquette *lait garanti* apposée par le Syndicat. Le lait en question était pur chimiquement. Il ne l'était pas hygiéniquement : non seulement il était riche en matières grasses, mais il était malheureusement riche en microbes pathogènes. »

Le contrôle du lait ne s'arrête d'ailleurs pas à l'usine. Le procédé spécial de vente constitue une garantie complémentaire. Grâce à une technique industrielle récente, le lait est réparti dans des flacons de papier imperméable et stérilisé, fermés par un procédé de bouchage spécial (fig. 2 et 3). Ils ne peuvent être ouverts par le livreur ou le détail-

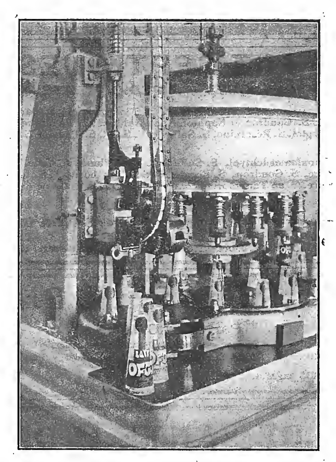
## VARIÉTÉS *(Suite)*

lant. Tel qu'il avait été contrôlé, le lait est livré et vendu, sans aucune manipulation nouvelle. On conçoit aisément les avantages résultant de ce procédé de livraison.

Pour vérifier les caractéristiques d'un tel lait, des échantillons ont été analysés à plusieurs reprises dans le laboratoire de la Clinique des maladies de la première enfance. Nous n'insisterons pas sur les résultats des recherches faites

de garanties et qu'il a conservé toutes les qualités d'un lait *vivant*.

Étant donnée la production encore limitée du lait officiellement contrôlé, l'emploi de ce lait ne peut pas encore être généralisé, mais il est précieux de savoir pour les médecins et en particulier pour les pédiatres qu'il existe un lait pur contrôlé, de livraison facile, destiné à l'alimentation des enfants du premier âge.



Détail de la machine à remplir les bouteilles (fig. 3).

dans le service du professeur Lereboullet par J.-J. Gournay et Donato : elles seront mentionnées dans un article à part. Disons seulement que le lait provenant d'étables soumises au contrôle officiel est apparu par ses qualités chimiques et bactériologiques supérieur à tous les autres laits qui lui ont été comparés. Un tel lait peut donc être considéré comme le mieux approprié à l'allaitement artificiel, puisqu'il donne le maximum

Il est d'autre part intéressant de constater que l'effort tenté par les pouvoirs publics et certains groupements laitiers a permis d'obtenir des résultats très satisfaisants. Il n'est pas douteux que des progrès constants seront réalisés dans cette voie si les médecins veulent suivre l'effort réalisé, et s'intéresser aux tentatives faites pour mettre à la disposition de leurs nourrissons et de leurs malades un lait propre et sain.



# LA MÉDECINE AU PALAIS

## EXERCICE ILLÉGAL DE LA PHARMACIE

Voici la teneur de ce jugement rendu par le tribunal correctionnel départemental de la Lozère le 13 novembre 1928 :

« Le tribunal,

« Attendu que le ministère public poursuit le sieur Ferrier, pharmacien diplômé : 1° pour avoir, alors qu'il exerce sa profession à Millau, ouvert à Mende une officine dans laquelle il n'assure pas personnellement sa charge ; 2° pour avoir ouvert, à Millau, une pharmacie avant d'avoir fait enregistrer son diplôme au greffe du tribunal de cette ville, faits qui constituaient des infractions prévues par les articles de la déclaration susvisée, et seraient réprimées par les articles 6 de la déclaration susvisée, et 33 de la loi dont s'agit, qui édictent des peines s'élevant respectivement à 500 livres et à 500 francs d'amende ;

« En fait :

« Attendu que le prévenu reconnaît, d'une part, avoir acquis depuis avril 1928 et avoir réellement exploité, depuis le 1er août suivant, une officine à Millau, ville située à 90 kilomètres de Mende, et dans la juridiction d'un autre tribunal ; partant avoir, depuis cette dernière date, transporté sa résidence dans ladite ville de Millau, avoir abandonné à des pharmaciens ou à un « remplaçant » dûment autorisé la gérance et la direction de la pharmacie qu'il possédait antérieurement à Mende et n'être venu dans cette dernière localité que par intermittences et tout au plus hebdomadairement ; d'autre part, n'avoir fait enregistrer son diplôme au greffe du tribunal de Millau que dans le courant du mois d'octobre 1928, c'est-à-dire postérieurement à sa prise de possession de l'officine de Millau ;

« Attendu, par ailleurs, que Ferrier reconnaît être tenu de fermer sa pharmacie de Mende et déclare avoir procédé à cette fermeture.

« En droit :

« Attendu, en ce qui concerne le premier chef d'inculpation, qu'il est généralement admis que l'article 11 de la loi du 21 germinal an XI a pour effet d'étendre à toute la France les dispositions de la déclaration du 25 avril 1777, qui fait défense à tous pharmaciens de la ville de Paris, n'exerçant pas personnellement leurs charges, d'avoir une officine ouverte et, par suite, d'exploiter deux officines à la fois, lorsqu'ils se trouvent dans l'impossibilité d'assurer utilement la surveillance effective de chacune d'elles ;

« Attendu, en ce qui concerne le deuxième chef, que l'article 24 de la loi du 21 germinal an XI prohibe l'ouverture d'une officine à tout pharmacien qui n'a pas rempli toutes les formalités pres-

BIBLIOTHÈQUE DU DOCTORAT EN MÉDECINE PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE
P. CARNOT et F. RATHERY

# Précis de Pathologie Interne (Tome VII)

***Maladies de l'Appareil digestif***

PAR

Le Dr CHABROL, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

et le

Dr BARIÉTY, Chef de Clinique à la Faculté de médecine de Paris.

1 volume de 700 pages, avec 170 figures dans le texte et 104 planches. Broché : 95 fr. Cartonné......... 107 fr.

*ACTUALITÉS MÉDICALES*

# Les Enfants nerveux

**Diagnostic, Pronostic, Aptitudes**

**Par le Docteur André COLLIN**

1924. 1 volume in-16 de 151 pages........................................ 9 fr.

## LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

crites par ladite loi, et que parmi ces formalités figure, sous l'article 21, la production du diplôme de pharmacien au greffe du tribunal dans le ressort duquel une officine est ouverte ;

« Attendu qu'il y a donc lieu, dans les deux faits reprochés au prévenu, à deux infractions à la police sur l'exercice de la pharmacie.

« Mais attendu que, en matière pénale et plus particulièrement en matière de textes répressifs, tout est de droit étroit, que les textes invoqués pour la répression des deux infractions retenues ne s'appliquent nullement en l'espèce ; qu'en effet, l'article 6 de la déclaration de 1777 et l'article 33 de la loi de l'an XI ne visent que des faits reprochés à des individus non pharmaciens ; que les tribunaux ne sauraient, sans forfaire à leur mission, suppléer à des sanctions non prévues par la loi ;

« Attendu, par suite, que le prévenu se trouve en état de relaxe ;

« Attendu, toutefois, que le fait pour un pharmacien de ne pouvoir ouvrir une officine en dehors de certaines conditions implique la fermeture de toute officine irrégulièrement ouverte, et que la jurisprudence considère, en matière d'exercice illégal de la pharmacie, la fermeture d'une officine non comme une peine mais comme la réparation d'un dommage causé à la sécurité et à l'ordre publics. C. de cassation, Ch. crim., 7 décembre 1883 (Dal. 1884-1-479) ; C. de Nîmes, 13 août 1829 (Dal. Jur. Gén. Médecins, p. 588).

« Par ces motifs :

« Déclare Ferrier atteint et convaincu : 1° d'avoir à Mende, alors qu'il exerce la profession de pharmacien à Millau, courant octobre 1928, et depuis un temps non prescrit, contrevenu aux lois et règlement sur l'exercice de la pharmacie, en établissant dans cette commune, autre que celle où il réside, une officine alors qu'il n'en exerce pas personnellement les charges ; 2° d'avoir à Millau, courant août 1928, en tout cas depuis un temps non prescrit, ouvert une officine sans avoir rempli toutes les formalités prescrites, notamment sans avoir fait enregistrer son diplôme au greffe du tribunal de Millau, délit connexe au précédent,

« Dit ces deux infractions prévues par les articles 2 de la déclaration du 23 avril 1777 et 25-21 de la loi du 21 germinal an XI :

« Déclare, par contre, inapplicables, en l'espèce, les sanctions prévues par les articles 2 et 3 des mêmes déclarations et loi ;

« Relaxe, par suite, Ferrier, en ce qui concerne l'application des pénalités requises ;

*(A suivre.)* ADRIEN PEYTEL,
*Avocat à la Cour d'appel.*

# ÉCHOS

### Syndicat des chirurgiens français.

L'assemblée générale du Syndicat des chirurgiens français s'est tenue le 8 octobre, sous la présidence du professeur J.-L. Faure.

Après l'allocution du président, l'examen des questions inscrites à l'ordre du jour s'est poursuivi dans un ordre parfait.

Les rapports étaient présentés par le Dr Guillaume (de Tours) pour les statuts, le Dr Picard (de Douai) pour les Assurances sociales, le Dr Marquis (de Rennes), secrétaire général, pour le tarif chirurgical.

Au cours de la discussion sur les Assurances sociales, le Dr Cibrie a exposé le rôle de la Confédération dans l'élaboration de certaines modalités de la loi et du règlement en ce qui concerne la chirurgie.

Les résolutions suivantes ont été votées :

I. Adjonction d'un règlement intérieur.

II. Tarif chirurgical. — L'assemblée générale du Syndicat des chirurgiens français, considérant que le tarif chirurgical minimum national, invariable depuis cinq ans, n'a pas à subir de réduction actuelle ;

Décide :

1° De rappeler à tous ses adhérents l'obligation de ne le diminuer en aucun cas, suivant les régions ;

2° Toutes les fois que ce tarif sera exprimé par la multiplication de ne le diminuer en aucun cas, suivant les régions ;

3° Toutes les fois que ce tarif sera exprimé par la multiplication d'un chiffre clé et d'un coefficient, le chiffre clé minimum 25 devra être partout adopté, tant pour l'acte global que pour le prix de l'acte isolé.

III. Assurances sociales. — L'assemblée générale du Syndicat des chirurgiens français, dans son désir d'une application équitable de la loi, demande :

1° Pour les soins dans les maisons de santé : *a*) Couverture équivalente du risque chirurgical et du risque médical ; *b*) Remboursement aux assurés sociaux soignés en clinique, des frais d'hospitalisation.

Désirant que dans le plus bref délai soient ainsi, d'une part diminuées les charges des assurés sociaux pour les gros risques chirurgicaux pour lesquels l'abus n'est pas à redouter, et que d'autre part le libre choix puisse être respecté.

2° Pour les soins dans les hôpitaux : *a*) L'entente directe partout où elle est réalisable ; *b*) le relèvement du chiffre K dont la fixation abusivement faible a été arbitrairement fixée au début du fonctionnement de la loi ; *c*) le relèvement du tarif forfaitaire journalier ; *d*) unification pour toute la France du tarif de remboursement.

*Addendum.* — En dehors de toute responsabilité de la caisse, le corps médical se réserve de faire la preuve qu'un assuré social est de par ses ressources complémentaires placé au-dessus de la situation pécuniaire normale des bénéficiaires de l'assurance-maladie et, dans ce cas, de lui réclamer des honoraires complémentaires.

# NÉCROLOGIE

## CONSTANT PICOT (1844-1931)

**Par P. GAUTIER**

Professeur à la Faculté de médecine de Genève.

L'an dernier, dans ce même numéro du *Paris médical*, consacré à la médecine infantile, je retraçais la carrière de mon regretté maître le professeur D'Espine, et j'avais rappelé une de ses œuvres principales, le *Manuel des maladies de l'enfance* de D'Espine et Picot. Picot a suivi de près son ami et collaborateur dans la tombe. Il est mort le 26 avril 1931. C'est à sa mémoire que je voudrais consacrer quelques lignes aujourd'hui.

Constant Picot était né à Genève en 1844. Il descendait d'une vieille famille de Noyon installée dans notre ville dès le milieu du XVI[e] siècle. Il commença ses études scientifiques à l'ancienne Académie genevoise puis il partit pour Paris où il s'inscrivit à la Faculté de médecine Dès lors et pour bien des années, les noms de D'Espine et de Picot vont être constamment associés. Ensemble ils sont reçus à l'internat en 1867; ensemble en 1872 ils sont au terme de leurs études à Paris; ensemble ils préparent le *Manuel des maladies de l'enfance* qui paraît en 1877 et qui remporte un succès considérable. Le « D'Espine et Picot » est traduit en allemand, en espagnol, en grec, et, toujours tenu au courant des acquisitions nouvelles de la pédiatrie, devient à sa sixième et dernière édition en 1900 le *Traité pratique des maladies de l'enfance*. A la lecture de cet ouvrage, il est impossible de déterminer la part de chacun des auteurs dans le travail commun, mais on sent combien la collaboration a été intime entre les deux amis. D'Espine disait souvent que sans Picot jamais il n'aurait réussi à mener à bien le travail que représentait ce livre.

Si Picot a été le collaborateur de D'Espine; s'il a publié quelques travaux se rapportant à la médecine infantile et plus spécialement sa thèse sur *le Rhumatisme aigu chez les enfants*; s'il a été de la façon la plus distinguée médecin de l'hôpital du Prieuré; c'est avant tout comme rédacteur de la *Revue médicale de la Suisse romande* qu'il a joué le rôle le plus important, et c'est à son travail de journaliste médical qu'il a dû la légitime renommée dont il jouissait dans le corps médical suisse. En 1881, Picot s'associait avec ses amis J.-L. Prevost et J.-L. Reverdin pour reprendre le *Bulletin médical de la Suisse romande*, qui devint sous leur direction la *Revue médicale de la Suisse romande* Picot prit presque entièrement pour lui seul le travail que représentait la publication du journal, et pendant près de quarante ans il fit paraître mois après mois les numéros à couverture jaune que tous les médecins romands connaissent bien. Il mettait à ses fonctions de rédacteur une exactitude et une conscience inégalables. Nombreux sont les auteurs romands qui, ne possédant pas la langue avec la maîtrise de Picot, ont vu la forme de leurs articles sensiblement améliorée entre le moment où ils remettaient leur manuscrit et le moment où celui-ci paraissait dans les colonnes de la revue. Si Picot a été le collaborateur de d'Espine, on peut dire qu'il a sa part aussi dans tout ce qui a paru de son temps à la *Revue de la Suisse romande*. Picot tenait à rester au courant des idées médicales modernes. Malgré l'âge, malgré une surdité qui le gênait beaucoup, il assista jusqu'à ces derniers mois aux séances de



Le D[r] Constant Picot.

la Société médicale de Genève. Celle-ci lui avait remis en 1924, en même temps qu'à D'Espine, une médaille pour fêter le cinquantenaire de son entrée. C'est encore à lui qu'elle s'adressa pour rédiger la plaquette qu'elle édita à l'occasion de son centenaire. C'est tout un siècle de médecine genevoise que Picot et son collaborateur Thomas retracèrent alors.

Picot était un des derniers médecins genevois qui, avant l'ouverture d'une Faculté de médecine à Genève, avait été se mettre à la belle école de Paris. Il en avait gardé les qualités de clarté d'esprit et d'amour du travail bien fait.

C'est un véritable savant, un excellent médecin, un honnête homme dans toute l'acception du terme qui vient de disparaître après une longue et utile carrière. Sa mémoire demeurera chez tous ceux qui l'ont connu.



# SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 27 octobre 1931.*

**Conservation de l'activité pathogène du virus poliomyélitique incorporé dans du beurre.** — MM. LEVADITI, KLING et LÉPINE ont montré qu'il est possible de conférer la paralysie infantile aux singes en leur faisant ingérer, soit des émulsions névraxiques virulentes, soit des aliments contaminés (eau, lait, banane). Le beurre pouvant jouer un rôle actif dans la transmission de la poliomyélite par la voie digestive, les auteurs ont étudié la conservation du virus dans le beurre. Ils établissent que, incorporé à du beurre frais, le germe conserve sa virulence à basse température (— 2°) pendant au moins 91 jours. Le fait est intéressant du point de vue du mode de propagation de la paralysie infantile pendant les épidémies.

**Récurrenthérapie.** — M. Auguste MARIE lit une note concernant 50 applications de récurrente au traitement de la paralysie générale.

Le bilan donne dans 51 cas 18 rémissions, 16 stabilisations, 17 échecs, soit 34 améliorations dont 18 sorties.

L'auteur se défend d'opposer la récurrente à la malaria.

Il la considère comme un complément précieux en cas de rechute, immunité ou rémission insuffisante.

**La réserve alcaline du sang dans le rhumatisme chronique et ses modifications sous l'influence de la cure de Bourbonne-les-Bains.** — MM. M. PIÉRY, M. MILHAUD et GRANDPIERRE ont observé chez 13 malades, atteints de rhumatisme chronique polyarticulaire, un abaissement net de la réserve alcaline dans 66 p. 100 des cas. Ces malades soumis à la cure hydrominérale de Bourbonne, cure externe, ont constamment, sauf un cas, présenté un relèvement plus ou moins important de la réserve alcaline (présentation faite par M. Desgrez).

**Organisation et rendement d'une mission de prophylaxie du trachome dans les oasis du Sud tunisien.** — M. TALBOT. — M. MORAX présente un mémoire de M. Talbot, chef de la mission de prophylaxie créée en janvier 1930 par un arrêté du directeur général de l'Intérieur et du résident général du Protectorat tunisien. Cette mission va terminer sa deuxième année d'exercice, et, s'il est encore trop tôt pour apprécier les résultats prophylacques, on peut dégager de cette expérience certaines directives importantes. L'examen méthodique des écoliers a montré que la proportion des sujets affectés, qui est de 97 p. 100 à Tozeur, atteint 76 p. 100 à Gafsa et 53 p. 100 à Gabès. La contamination se produit plus particulièrement dans les deux ou trois premières années, et c'est presque toujours la mère malade qui transmet son trachome à l'enfant.

La contamination est préscolaire et aucun cas de transmission scolaire n'a été observé. Il n'y a donc pas de nécessité d'instituer des classes spéciales pour trachomateux. Il y a, par contre, utilité à traiter les enfants à l'école par une action thérapeutique quotidienne sous la surveillance médicale espacée. Le collaborateur imposé au médecin est l'instituteur indigène ou français. Les soins sont donnés à la fin de la classe du soir, le temps nécessaire étant pris sur les horaires officiels. En dehors de l'école, l'action prophylactique, qui doit surtout viser les filles et les mères, s'exerce par l'intermédiaire des dispensaires gratuits installés à Gabès, Gafsa, Tozeur. Six infirmières, appointées par le Comité central de l'œuvre de protection de l'enfance en Tunisie, sont attachées à ces dispensaires et sont infirmières le matin et visiteuses l'après-midi. Elles assument l'action de propagande indispensable pour amener l'élément féminin, source éminente de la contagion familiale, à se faire soigner.

Le facteur principal de l'action sociale, soit à l'école, soit dans les dispensaires, est la gratuité absolue des traitements, des médicaments et des interventions.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

*Séance du 23 octobre 1931.*

**Images radiologiques arrondies, opaques, intrathoraciques dans une adénopathie hilaire et dans un cancer du thymus.** — M. G. CAUSSADE. — A la série des faits concernant les images arrondies opaques intrathoraciques (kystes hydatiques, anévrysmes de l'aorte, abcès épithélioma, sarcome, fibrome du poumon), l'auteur en ajoute deux autres. Le premier confirme celle qui a trait aux ganglions hilaires. Il s'agissait d'un enfant de sept ans qui, après des accès répétés de quintes de toux coqueluchoïde, fit une vomique peu abondante et très certainement tuberculeuse, sans que, à la radiographie, les poumons aient présenté la moindre altération ; mais la mort survenait un an après par méningite tuberculeuse. Dans le second cas, l'auteur, chez une femme de vingt-cinq ans, a constaté devant l'écran une image à contours tracés au compas sans lésion périphérique. De forme sphérique, du volume d'une grosse orange occupant à droite le sommet depuis le deuxième jusqu'au cinquième espace intercostal, d'une opacité assez prononcée mais moins intense que celle du goitre, cette image n'avait aucune connexion avec le corps thyroïde et s'enfonçait sous le sternum où cependant, les bords curvilignes étaient nettement conservés. On a pu encore déterminer son indépendance avec l'aorte, et avec le poumon droit (absence de tout mouvement en rapport avec la respiration). Tous ces signes en faveur d'une tumeur possible du thymus, malgré son siège latéral et non médian, et en rapport avec les symptômes observés (surtout une dysphagie intense d'abord, et ensuite une sténose œsophagienne très caractérisée, concordèrent avec les constatations anatomiques et microscopiques (apparence de corps concentriques sans aucune ressemblance avec le globe épidermique : c'est un élément primordial du diagnostic histologique de certaines tumeurs épithéliales du thymus). L'auteur, en terminant, insiste 1° sur les tumeurs d'aspect radiologique identique à la sienne dans la région supérieure et antérieure du thorax qui, de nature cancéreuse, sont plutôt envahissantes et destructives que refoulantes comme le goitre plongeant, par exemple: (Ici, aucune compression ni refoulement de la V. C. S. ni des nerfs, ni de la trachée, ni des organes voisins), et 2° sur leur action destructive : exemple dans le cas présent de cancer de l'œsophage (végétations intracanaliculaires, causes de la sténose).

Il y eut aussi fissuration de la paroi, d'où infection (fièvre et polynucléose à 92 p. 100) et, consécutivement, ramollissement assez prolongé de la tumeur, surtout dans son segment interne (sous sternal).

**Syndrome hypogranulocytaire mortel. Essai de trai-**

## SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

tement par le radium. — MM. Railliet, Delattre, Ginsbourg et Nicolle. — Angine nécrotique avec anémie, syndrome hémorragique, et hypogranulocytose mortelle, chez une femme de trente ans, hémogénique méconnue, longtemps traitée par l'arsenic. Un essai de traitement par le radium appliqué trois jours sur les tibias, les fémurs et les humérus, a donné un relèvement de 500 à 700 leucocytes, de 17 à 18 polynucléaires neutrophiles. Effet insuffisant au point de vue vital, mais action non douteuse qui justifié de nouvelles tentatives.

**Pyélonéphrite à pneumobacilles.** — Mme Bertrand Fontaine et M. R. Parlier rapportent une observation de pyélonéphrite à pneumobacilles de Friedländer survenue chez une enfant de cinq ans à la suite d'une otite moyenne suppurée. La localisation rénale s'est traduite par un minimum de symptômes généraux et fonctionnels et surtout par une augmentation nette de volume du rein droit avec pyurie. La guérison spontanée a été complète en un mois.

Pareille localisation du pneumobacille est rare ; elle se rencontre parfois au cours des grandes septicémies dont elle partage la gravité. Dans le cas rapporté ici, la phase septicémique est restée muette et l'infection rénale a évolué avec la bénignité d'un abcès circonscrit largement drainé.

**Traitement des affections hépatiques par le glycose et l'insuline.** — MM. M. Labbé et Zamfir. — Divers auteurs, avec Roger, pensent que le glycogène déposé dans la cellule hépatique rend celle-ci plus résistante aux infections et intoxications et facilite sa régénération. Or, le glycogène disparaît en général de la cellule hépatique au cours des lésions du foie. De là est née l'idée de combattre les affections hépatiques par une cure d'insuline associée à des ingestions abondantes de sucre pour forcer le foie à fixer du glycogène.

Cette cure, inaugurée par Richter, a eu un certain succès en Allemagne. Nous l'avons employée dans dix cas d'affection hépatique (cirrhose du foie, cancer secondaire du foie, ictère catarrhal, diabète bronzé) suivis au point de vue clinique et au moyen des indices biologiques d'insuffisance hépatique. Ces sujets ont reçu chaque jour 20 à 40 unités d'insuline et ont ingéré 100 grammes de sirop de sucre.

La cure a été sans résultat. L'état général des malades n'a pas été amélioré, la maladie n'a pas été arrêtée dans son évolution. Il n'y a eu ni reprise de poids, ni augmentation d'appétit, ni retour des forces. Les indices d'insuffisance hépatique, n'ont point été modifiés : l'urobilinurie n'a pas changé, les troubles du métabolisme azoté (abaissement du rapport azotémique et du rapport azoturique (amino-acidurie, ammoniurie) n'ont pas diminué ; dans la plupart des cas même, ils se sont aggravés parallèlement à l'état de cachexie du malade ; seul l'ictère catarrhal, affection curable spontanément, a montré une amélioration des indices biologiques.

Contrairement à cette inefficacité de l'insuline dans le traitement des affections hépatiques, on peut voir l'action énergique exercée par l'insuline dans le traitement des diabètes même compliqués de cirrhose du foie, dans le diabète bronzé par exemple ; enfin l'amélioration sous l'influence du simple régime lacto-végétarien et du repos, de certains troubles fonctionnels du foie.

M. Rathery. — Ces résultats concordent avec les recherches expérimentales : l'injection de glycose dans le duodénum n'amène pas d'augmentation du glycogène hépatique ; l'adjonction d'insuline n'améliore pas, fixation hépatique du glycogène.

**Urée sanguine et chlorémie chez les diabétiques.** — MM. Fr. Rathery, J. Sigwald et M. Dérot ont entrepris une étude d'ensemble du taux de l'urée sanguine et de celui de la chlorémie chez les diabéqiques. Leurs conclusions sont les suivantes :

Chez les diabétiques simples ou consomptifs, l'augmentation du taux de l'urée sanguine n'est pas très fréquente en dehors des cas d'association de néphrite chronique et de diabète.

La chlorémie plasmatique est souvent au-dessous de la normale, tandis que la chlorémie globulaire est plutôt au-dessus. Ce double phénomène ne paraît avoir en lui-même aucune signification pronostique ; il se produit aussi bien dans le diabète simple que dans le diabète consomptif ; le coma diabétique même mortel ne s'accompagne pas nécessairement de modifications du chlore plasmatique, qui peut être normal ou légèrement abaissé, le chlore globulaire demeurant même dans ces cas un peu élevé.

Il n'y a aucun rapport constant entre l'élévation du taux de l'urée et l'état du chlore plasmatique ou globulaire.

**Hypoglycémie dans deux cas d'hémorragie méningée sous-arachnoïdienne.** — MM. Fr. Rathery, M. Dérot et J. Sterne ont observé de l'hypoglycémie dans deux cas d'hémorragie méningée sous-arachnoïdienne. La glycémie s'est abaissée à 0,60 dans un de ces cas et à 0,54 dans l'autre. Les auteurs opposent à cet état d'hypoglycémie l'augmentation du taux du glucose sanguin qu'ils ont constatée dans deux cas d'hémorragie cérébro-méningée. Ils envisagent les mécanismes possibles de ces variations.

**A propos du lobe azygos.** — MM. R. Debré et Mignon. — La condensation du lobe azygos peut être confondue avec l'adénopathie juxta-trachéale.

L'obscurité du lobe azygos peut être due simplement à une ventilation défectueuse.

La visibilité de la scissure n'est pas toujours la conséquence d'une scissurite tuberculeuse.

**Pleurésie putride traitée par le sapoïde d'acridine. Guérison complète huit jours aprés évacuation a minima.** — M. Maurice Renaud. — La cause des pleurotomies minimes a fait beaucoup d'adeptes dans ces dernières années et on a presque partout reconnu l'excellence des principes posés par l'auteur dès 1920. Ainsi que le prouve de façon saisissante l'observation qu'il apporte aujourd'hui, les résultats qu'on peut obtenir maintenant par thérapie chimique dans le traitement des processus infectieux apporte un surcroît d'arguments en faveur des opérations au cours desquelles on se borne, en présence d'une suppuration pleurale, à assurer l'évacuation du pus par une pleurotomie juste suffisante pour introduire un petit drain et établir un siphonage.

Une malade de soixante-cinq ans atteinte de cancer à l'utérus en pleine évolution présente à la fin d'août un état infectieux d'abord peu sévère sans signe de localisation. Deux injections de sapoïde d'acridine provoquent

une défervescence qui reste incomplète, la température pendant la première quinzaine de septembre restant irrégulière entre 37° et 38°, avec un état général d'ailleurs satisfaisant.

Vers le 15 septembre, l'attention étant attirée sur la poitrine par une expectoration purulente assez abondante, on découvre un gros épanchement de la plèvre droite à pus extrêmement fétide.

Le 19 septembre, une sonde de 4 millimètres est glissée dans la plèvre qui en vingt-quatre heures se vide de plus d'un litre de pus. La plèvre est en outre lavée chaque jour. Dès le 23 septembre il n'y a presque plus de suppuration et le liquide de lavage sort presque clair.

Le drain est chassé le 27 septembre. Depuis ce moment, la malade n'a plus de fièvre, ni douleurs, ni expectoration et il n'y a plus trace de liquide dans la plèvre, ainsi qu'en témoigne le cliché radiologique.

Voilà donc une malade qui est sortie d'une façon extrêmement rapide absolument guérie d'un épisode qui aurait dû entraîner les pires conséquences et que la conjugaison des deux moyens thérapeutiques très simples a fait un épisode bénin et dont il ne reste plus actuellement aucune trace.

**Un nouveau cas de polyarthrite chronique tuberculeuse.** — MM. Mathieu, Pierre Weil, J. Delarue et V. Oumanski présentent l'observation d'une malade de quarante-quatre ans chez laquelle se sont succédé, en trois ans, des accidents articulaires de moins en moins aigus, mais aussi de moins en moins curables, qui aboutirent en fin de compte, sinon à une coxalgie classique, du moins à une arthrite érosive d'une hanche qui, trois ans auparavant, avait été le siège d'un processus aigu éminemment passager. La nature de la maladie, que la tuberculose maritale permettait de suspecter, fut prouvée par l'inoculation du liquide retiré des hydarthroses curables des genoux.

La résection des articulations métatarso-phalangiennes douloureuses et hypertrophiées permit par ailleurs de mettre en évidence dans ces os des lésions très particulières qui montrent qu'à côté de l'hallux valgus d'origine traumatique doit prendre place une autre variété d'hallux valgus inflammatoire.

**Deux cas d'ostéite fibreuse de Recklinghausen.** — MM. Mathieu-Pierre Weil, Paul Himé, Louis Langlois présentent deux observations de cette curieuse maladie. L'une concerne une femme âgée de quarante-six ans, chez laquelle l'affection débuta par des douleurs des membres inférieurs allant s'exacerbant. L'examen montrait la présence de tuméfactions au niveau des crêtes tibiales; les autres os paraissant cliniquement normaux.

La radiographie traduit une décalcification généralisée du squelette, avec image pseudo-kystique prédominant au niveau des membres inférieurs. Le métabolisme du calcium était profondément perturbé, la calcémie atteignant le chiffre de 0gr,176. Elle éliminait chaque jour environ 0gr,725 de CaO par les urines et 5gr,157 par les fèces, chiffre monstrueux. L'exploration parathyroïdienne a malheureusement été refusée.

Chez l'autre malade, âgée de quarante-quatre ans. Le début de la maladie a été marqué par des troubles digestifs et des crises de coliques néphrétiques, puis sont apparues des arthralgies des membres inférieurs, enfin des fractures spontanées.

Chez elle aussi on constate la présence de tuméfactions tibiales, une décalcification généralisée du squelette, avec disparition d'un métacarpien et une grosse perturbation du métabolisme calcique : calcémie, 0gr,145 ; élimination fécale, 1gr,166 par jour ; urinaire : 0gr,837. Tachycardie à 110. Ils espèrent pouvoir obtenir l'exploration parathyroïdienne. Chez ces deux malades, les auteurs soulignent la note rénale.

*Séance du 30 octobre 1931.*

**Intoxication mortelle par un révélateur photographique.** — MM. Paul Halbron, André Bosquet et Jean Tiffeneau rapportent l'observation d'un malade qui absorba volontairement un flacon de 10 grammes d'un produit contenant 5 grammes d'hydroquinone, 4g,50 de pyrocatéchine et 0gr50 d'aminophénol. Un quart d'heure après l'ingestion, le malade perdit connaissance et il présenta peu après des convulsions généralisée. A la suite d'un lavage d'estomac et après des vomissements répétés et des selles abondantes, le malade parut s'améliorer. Il persistait une grande prostration. Les urines avaient une coloration noirâtre, elles ne contenaient ni albumine, ni sang, ni méthémoglobine ; on y retrouvait des pigments biliaires. On y caractérisa la présence de pyrocatéchine. Au troisième jour, on constata une anémie intense, puis au quatrième jour s'installa un ictère, accompagné de splénomégalie. Au septième jour, l'état s'aggrava, des phénomènes nerveux reparurent, la diurèse diminua fortement et le malade mourut par syncope au douzième jour.

Les auteurs signalent la rareté de ces intoxications. L'hydroquinone est assez peu toxique expérimentalement. La pyrocatéchine a chez l'animal une forte toxicité et entraîne rapidement la mort avec des accidents bulbaires. Dans ce cas actuel, il y avait association de ces deux corps ; on n'a pas retrouvé la méthémoglobinémie qui a été signalée dans les intoxications par les diphénols, mais les toxiques semblent avoir exercé une violente action hémolytique et altéré la cellule hépatique. Il a paru intéressant de publier aun cas d'intoxication volontaire, heureusement rare, par des substances librement vendues au public.

**Paralysie des mouvements associés de latéralité des yeux et intolérance gastrique au décours d'une dothiénenterie,** — MM. Marcel Labbé, R. Boulin, A. Escalier et Uhry présentent l'observation d'une fièvre typhoïde qui fut suivie de deux épisodes fébriles de nature indéterminée, l'hémoculture n'étant pas redevenue positive ; au cours de ces épisodes on vit apparaître d'une part des phénomènes d'intolérance gastrique, d'autre part une paralysie des mouvements de latéralité du regard

Pour l'intolérance gastrique, les auteurs discutent la classification gastrite dégénérative, l'insuffisance hépatique ou une atteinte bulbaire.

Pour la paralysie des mouvements de latéralité du regard, ils discutent soit l'encéphalite typhique, soit une encéphalite de sortie due à un autre germe.

**Accidents sériques.** — M. R. Le Clerc (de Saint-Lô) relate l'observation d'un enfant qui, sept jours après une

# SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

première injection de sérum antidiphtérique et quatre jours après la seconde, présenta des accidents sériques passagers à type scarlatinoïde avec arthralgies, rappelant les accidents décrits par Flaudin et Weil-Hallé.

**Maladies familiales et syphilis.** — M. APERT. — La syphilis peut quelquefois être à l'origine de mutations familiales, mais comme origine lointaine et non comme action actuelle.

**Insuline huileuse et diabète.** — M. F. RATHERY, Mlle LEVINA et M. M. DÉROT ont essayé de traiter des diabétiques avec l'insuline huileuse méthode qui devrait permettre d'espacer les injections et de rendre plus simple et plus physiologique le traitement insulinique. Avec cette méthode, Strauch d'une part et Chabanier d'autre part ont obtenu des résultats excellents. Les auteurs ont, au cours de leurs essais, employé une insuline préparée suivant la formule de Bernhardt et Strauch. Les résultats ont été très décevants. L'insuline huileuse a semblé n'avoir que des effets peu nets et inconstants. Sa résorption ne saurait faire de doute, mais elle est le plus souvent partielle et elle varie beaucoup d'un sujet à l'autre et chez un même sujet d'un moment à l'autre. Il s'agit donc là d'une thérapeutique inopérante et parfois dangereuse par suite de la possibilité de résorptions massives. Son emploi est pour eux à déconseiller.

**Essais cliniques de la vagotonine de Santenoise chez les diabétiques.** — MM. FR. RATHERY et MAURICE DÉROT ont essayé de traiter des malades atteints de diabète consomptif avec un mélange de vagotonine et d'insuline. La vagotonine est une hormone pancréatique nouvelle que Santenoise et ses collaborateurs ont récemment isolée. Elle aurait, d'après ces auteurs, la propriété d'exciter le vague, et son association à l'insuline renforcerait l'action de celle-ci. MM. Rathery et Dérot ont procédé à des essais thérapeutiques chez 13 malades. Ils concluent que les résultats cliniques ne semblent pas comparables aux résultats expérimentaux. La vagotonine agit de façon assez nette sur le réflexe oculo-cardiaque, mais son action sur la glycémie, la glycosurie et l'excrétion de corps acétoniques est inconstante. Le maniement de l'hormone nouvelle doit être surveillé de très près, car des incidents sont possibles, si bien que la vagotonine ne semble pas, pour le moment du moins, pouvoir fournir au praticien une thérapeutique du diabète plus puissante que l'insuline. Peut-être l'emploi de vagotonines plus pures permettra-t-il d'obtenir des résultats meilleurs

**Angine de poitrine d'effort avec érythème initial et poussée hypertensive.** — MM. A. PORTOCALIS et G.-T. FLORA (d'Athènes) rapportent un cas d'angine de poitrine dans lequel les accès, provoqués par un effort ou une émotion, s'accompagnent tous, dès le début et pendant toute leur durée, d'une élévation de la tension artérielle, et d'une rougeur intense intéressant la face, le cou, es épaules, la face antérieure du thorax, et la partie supérieure de la paroi abdominale. L'orthoradiogramme montre un léger degré d'hypertrophie ventriculaire gauche et de dilatation de l'aorte. L'électrocardiogramme, normal dans l'intervalle des crises, présente un certain degré d'atypie pendant les crises.

La neurotonie de leur malade explique la superposition de cette intense réaction vaso-motrice à ses crises angineuses. Cette observation est un nouvel exemple de la coexistence possible d'une réaction vaso-constrictive profonde et hypertensive avec une réaction vaso-dilatatrice périphérique ; elle est en rapport avec l'autonomie des systèmes vaso-constricteur et vaso-dilatateur.

**Sur le traitement des abcès du poumon.** — M. MOUZAFFER. — Amibiase pulmonaire guérie par l'émétine.

MAURICE BARIÉTY.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 28 octobre 1931.*

**Deux observations d'accidents acétonémiques, en chirurgie de la seconde enfance.** — M. D'ALLAINES rapporte ces deux observations de M. OULIÉ (de Constantine). Dans un cas, il s'agit d'accidents post-opératoires, et dans l'autre de crise acétonémique pré-opératoire. M. d'Allaines rappelle nos connaissances actuelles sur la question, et explique le mécanisme des accidents cétoniques et leur thérapeutique par le sérum glucosé associé à l'insuline. Quant aux injections bicarbonatées, elles semblent aujourd'hui beaucoup moins utiles qu'on ne croyait.

M. GOSSET tient à condamner une fois de plus la diète préopératoire ; elle est à son avis un véritable anachronisme.

**Volumineux ostéochondrome de la ligne âpre du fémur.** — MM. FRUCHAUD et BAUGES communiquent cette observation qu'analyse M. D'ALLAINES. Il s'agit sans doute d'une dégénérescence assez banale d'une exostose ostéogénique, dont le siège diaphysaire peut s'expliquer par un îlot aberrant du cartilage de conjugaison.

**Exstrophie vésicale traitée par le procédé de Maydl.** — M. CHEVASSU rapporte cette observation de MM. SIMON et BRUNSCHWIG (de Strasbourg). Les résultats paraissent excellents, et les auteurs ont joint à leur observation de très belles radiographies à l'abrodyl de l'appareil urinaire. Ces radiographies, en outre, montrent bien que le côlon tout entier tient lieu de nouvelle vessie

**Fracture transcotyloïdienne de la ceinture pelvienne.** — M. ROUVILLOIS rapporte cette observation de M. PAITRE (de l'Armée). Le blessé a été traité par la double extension longitudinale et transversale (par l'étrier de Bérard). La marche est reprise le soixante-quinzième jour. Au cinquième mois, le résultat est à peu près parfait, et le blessé marche deux heures sans fatigue.

Contrairement à l'opinion de M. Rouvillois, M. MATHIEU estime qu'un traumatisme violent est nécessaire. Dans les autres cas, il s'agit, à son avis, de fractures pathologiques.

M. BASSET ne partage pas entièrement l'avis de M. Mathieu.

M. LEVEUF doit rapporter un cas assez analogue et très intéressant.

M. MAUCLAIRE insiste sur les formes larvées.

**Sur les méthodes conservatrices dans la chirurgie de la lithiase rénale.** — M. PAPIN apporte les conclusions d'une expérience de 136 interventions pour lithiase rénale ; il a dû souvent pratiquer la néphrectomie et ne le regrette pas ; mais il estime que la précision des recherches préopératoires, la radiographie, parfois les radiographies avec urosélectan permettent, plus souvent qu'on ne l'a fait jusqu'ici, de se limiter à des opérations conservaces.

HENRI REDON.

# REVUE DES CONGRÈS

## ASSOCIATION INTERNATIONALE DE PÉDIATRIE PRÉVENTIVE

(Première Conférence)

*La Haye, 7 et 8 septembre* 1931.

Sous le patronage de l'Union internationale de secours aux enfants, l'*Association internationale de pédiatrie préventive* a tenu sa première conférence à La Haye, aux salles comtales, les 7 et 8 septembre 1931. Cette conférence avait été préparée par un comité provisoire composé de MM. :

Professeur Clifford C. Grulee (Chicago) ;
Professeur F. Hamburger (Vienne) ;
Professeur I. Jundell (Stockholm) ;
Professeur P. Lereboullet (Paris) ;
Dr J.-H. Mason Knox (Baltimore) ;
Professeur S. Monrad (Copenhague) ; .
Dr José Velasco Pajarès (Madrid) ;
Professeur Léonard Parsons (Birmingham) ;
Professeur G. Sheltema (Groningue) ;
Professeur A. Schlossmann (Dusseldorf) ;
Professeur J. Taillens (Lausanne) ;
Professeur T. Valagussa (Rome).

Ce comité, qui a été maintenu, s'est adjoint en outre M. le professeur Morquio, président de l'Union internationale de secours aux enfants, et M. le Dr Mackenzie, secrétaire général.

Le Comité d'organisation de la Conférence comprenait :

M. le professeur Scheltéma (Groningue), *président*, assisté de MM. le professeur P. Lereboullet (Paris), le professeur A. Schlossmann (Dusseldorf) ;

*Secrétaires :* Dr R.-P. Van de Kasteele (Scheveningue) ; Dr I.-H.-G. Carstens (Utrecht).

La délégation française comprenait, outre le professeur Lereboullet, les Drs Lesné, Debré, Armand-Delille, Péhu, professeur Rohmer, Drs Lacomme, Woringer, Weill-Hallé, Mlle le Dr Dreyfus-Sée, Huber.

Deux questions étaient à l'ordre du jour :

1° Les causes de la mortalité des dix premiers jours de la vie et les moyens de l'abaisser ;

2° La contagion tardive de la scarlatine et les moyens de l'éviter.

Après le discours d'ouverture de M. le président Scheltema, et les allocutions de M. Lereboullet au nom des congressistes, de M. Coenen, au nom de la Société de pédiatrie néerlandaise, de M. Eykel au nom du ministre du Travail, le premier rapport a été exposé par le Dr Lacomme.

PREMIER RAPPORT.

### Les causes de la mortalité des deux premiers jours de la vie et les moyens de l'abaisser.

Rapporteurs : MM. **P. LEREBOULLET, COUVELAIRE** et **LACOMME** (Paris), **A. SCHLOSSMANN** (Düsseldorf).

MM. le professeur Lereboullet, le professeur Couvelaire et le Dr Lacomme limitent leur rapport aux points essentiels servant de base et d'orientation aux recherches et aux discussions. Ils rappellent que dans la première année, le premier mois et dans ce mois la première décade fournit proportionnellement le plus gros contingent de décès.

L'article qu'ils publient dans ce numéro sur le même sujet nous dispense de reproduire ici les résumés de ce rapport qui se termine en insistant sur le rôle de l'assistante du service social, tutrice et guide compétent et affectueux que toute mère ou toute future mère doit trouver en toutes circonstances et en tous lieux.

M. Lereboullet complète l'exposé du Dr Lacomme, en faisant ressortir la prédominance manifeste des débiles parmi les victimes de la mortalité précoce et en montrant qu'à l'origine de cette mortalité les causes post-natales n'interviennent que bien rarement. Il insiste toutefois sur la possibilité de soigner les débiles dans les jours qui suivent la naissance et sur les résultats heureux que peut avoir, au point de vue du péril alimentaire et du péril infectieux, une bonne organisation des nourriceries de débiles. Il fait allusion à l'effort qui se poursuit de divers côtés pour développer l'enseignement des soins à donner aux nouveau-nés et signale l'organisation réalisée à Varsovie, grâce à la collaboration de Mlle Erlich.

Mais pour lui, la vraie thérapeutique préventive est ailleurs. Elle est dans la prophylaxie anténatale, dont les bases ont été fixées dans l'exposé de M. Lacomme.

DEUXIÈME RAPPORT.

### La mortalité précoce du nourrisson.

Professeur Dr **ARTHUR SCHLOSSMANN** (Dusseldorf).

I. — La mortalité précoce du nourrisson est la mortalité des sept premiers jours de la vie. Elle ne comprend pas uniquement des enfants prématurés et débiles, incapables de vivre, mais en plus, un nombre assez considérable de sujets bien conformés, capables de se développer et semblant devoir donner des individus entièrement normaux.

Le décès de ces derniers représente justement une perte particulièrement grave pour un peuple. Le but de la puériculture moderne n'est donc pas de maintenir en vie et d'élever par des moyens artificiels des sujets qui resteront toujours débiles et seront une charge pour la société, mais de conserver et d'élever les enfants qui promettent de devenir des individus sains et vigoureux.

Le principe de la « pitié pour les forts » est bien supérieur, à ce point de vue, à celui de la « pitié pour les faibles ».

II. — La mortalité générale des nourrissons a beaucoup baissé depuis trente à quarante ans. Le nombre absolu des enfants qui meurent dans la première année a sensiblement diminué, ainsi que le taux relatif de mortalité pour 100 naissances.

Les causes de cette amélioration des chances de survie sont de deux ordres :

1° La diminution des naissances en général. Moins il y a d'enfants pour 1 000 habitants, plus ils ont de chance de rester en vie ;

2° Les progrès qui ont été réalisés dans nos connaissances concernant les meilleures conditions de vie du nourrisson, en particulier les soins et l'alimentation, dans la vulgarisation de ces notions parmi la population et

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

spécialement parmi les mères, et enfin dans les institutions pour la protection de l'enfance.

De façon générale, on *sur*estime l'importance des causes citées sous 2° et on *sous*-estime celles mentionnées sous 1° dans leur influence sur la mortalité infantile.

L'abaissement de la mortalité infantile et ses rapports avec la diminution des naissances est un phénomène *international*.

III. —En Allemagne, on a observé le fait curieux que la mortalité des premiers jours n'a pas baissé, qu'au contraire le nombre d'enfants qui succombent dans la première semaine de la vie et surtout dans les tout premiers jours, a augmenté non seulement de façon relative, mais même en chiffres absolus.

Dans le district de Dusseldorf qui est le mieux étudié au point de vue statistique et qui comprend plus de 4 millions d'habitants, on a constaté :

1° Qu'un tiers environ de tous les enfants qui meurent dans la première année succombent le premier jour et près de la moitié dans la première semaine. Cette proportion a tendance à augmenter.

2° Que, dans les villes, la mortalité précoce est plus élevée que dans les campagnes ;

3° Que la mortalité précoce des enfants illégitimes est environ le double de celle des enfants légitimes.

En Allemagne, le nombre des enfants nés dans des établissements hospitaliers augmente beaucoup vis-à-vis du nombre de ceux qui naissent à domicile. Ceci est surtout le cas dans les villes. Dans le district de Dusseldorf, pour l'année 1930, 27,96 p. 100 de tous les enfants étaient nés dans des établissements hospitaliers, dans les villes 32,52 p. 100, à la campagne 16,81 p. 100, à Dusseldorf même 49,56 p. 100, c'est-à-dire près de la moitié.

La mortalité précoce des enfants nés à domicile est plus élevée que celle des enfants nés dans des établissements, au moins pour ce qui concerne la ville. A la campagne, la mortalité des enfants nés dans des établissements est sensiblement plus élevée que celle des enfants nés à domicile. La raison en est, à côté de la moins bonne qualité des établissements ruraux, le fait qu'à la campagne ce sont principalement des accouchements pathologiques qui sont hospitalisés, et cela souvent trop tard.

La cause de l'augmentation de la mortalité précoce a été cherchée dans des conditions diverses.

1° Dans l'augmentation relative du nombre des premiers-nés, par suite de la forte diminution des familles nombreuses. Les premiers-nés sont, en effet, plus souvent lésés par l'accouchement que les suivants.

Une étude statistique a montré pour la ville de Dusseldorf que la mortalité précoce des premiers-nés n'est pas plus élevée que celle des enfants qui suivent.

2° Dans l'âge plus avancé auquel les femmes se marient aujourd'hui, et par suite celui auquel les femmes mariées ont leur premier enfant. La forte mortalité précoce des enfants illégitimes chez lesquels l'âge de la mère doit être sensiblement le même qu'autrefois, montre que l'âge del a mère ne peut non plus jouer un rôle important.

En dehors de ces raisons on en trouve souvent citées d'autres qui ne sont que des phrases, par exemple, une forte proportion de femmes incapables d'accoucher, une moins bonne constitution de la femme d'aujourd'hui, une suite de la diminution des naissances, etc. Tout ceci manque de faits positifs. Si vraiment la constitution de la femme était en train de devenir moins bonne, l'effet ne pourrait cependant se faire sentir qu'après quelques dizaines d'années.

Par contre, on ne tient pas compte du fait que le nombre des interventions opératoires au cours de l'accouchement a augmenté. L'intervention abaisse vraisemblablement la vitalité des enfants. Dans l'ensemble des cliniques d'accouchements allemandes, le nombre des femmes ayant accouché avec intervention est monté de 177,5 p. 1 000 pour l'année 1925 à 204,5 p. 1 000 en 1928. De même, le nombre des interventions doit avoir augmenté fortement en dehors des établissements (instruction des médecins, barème des assurances sociales qui prévoit des honoraires plus élevés pour les interventions).

On a aussi prétendu que l'institution des assurances sociales en Allemagne aurait fait apparaître une augmentation de la mortalité précoce par le fait que, en raison des honoraires plus élevés pour un accouchement que pour une fausse couche, des enfants qui, autrefois, auraient été déclarés comme mort-nés sont déclarés aujourd'hui comme étant nés vivants et morts ensuite. Mais alors le taux de la mortalité devrait avoir baissé par rapport à l'augmentation de la mortalité précoce. Or, cela n'est pas le cas.

Vraisemblablement, la mortalité précoce n'est pas due à une cause unique, mais à des facteurs divers qui agissent tous dans le même sens.

L'augmentation de la mortalité précoce n'est pas un problème allemand, mais un problème *international*, car un peu partout en Europe, on constate le même phénomène. Une nouvelle diminution de la mortalité infantile ne peut être obtenue que si l'on réussit à devenir maître de la mortalité précoce.

Si l'on veut prendre des mesures dans ce sens, il faut avant tout étudier les conditions de cette mortalité chez les différents peuples. C'est une tâche qu'il faut recommander au Comité d'hygiène de la Société des Nations.

Dans la discussion des rapports sont intervenues miss Hazel-Gregory et miss Jean Smith (de Londres). M. le Dr E. Rietz (de Stockholm) a opposé en Suède la mortalité des enfants légitimes et illégitimes, variable suivant qu'il s'agit des campagnes ou des villes où les organisations obstétricales sont, comme on sait, remarquables. Le professeur Tailleus (de Lausanne) a insisté sur l'amélioration des statistiques de mortalité infantile entre 1890 et 1920; il pense que la mortalité plus élevée des garçons tient aux tares paternelles transmises plus directement aux garçons qu'aux filles. Pour lui, l'enfant de poids moyen serait le moins menacé ; le gros enfant à tête volumineuse, surtout si c'est un garçon, et le petit enfant débile seraient les plus menacés. Le traumatisme obstétrical ne s'entendrait pas dans le même sens pour ces deux catégories ; il insiste sur le rôle néfaste de l'hémorragie méningée, qu'il croit plus fréquente qu'on ne pense. M. le Dr von Reuss (de Graz) propose une classification de ces enfants débiles, et montre l'influence qu'on peut tirer de l'opération césarienne. Le Dr de Snoo (Utrecht) fait un exposé de la mortalité générale en Ho-

lande et des résultats obtenus dans les établissements où les soins cliniques sont donnés aux mères et aux enfants. Le professeur Lowegren (d'Helsingfors), le Dr Coenen, le Dr Eyckel prennent également part à cette discussion, et seule l'absence de tout compte rendu nous empêche, à notre grand regret, d'apporter ici avec exactitude une relation équitable de ces diverses interventions. Nous croyons devoir rapporter plus en détail l'intervention de M. R. Debré en son nom et au nom de M. Joannon.

MM. Robert **DEBRÉ** et Pierre **JOANNON** (de Paris).

Les documents présentés sont extraits de l'importante Enquête organisée sous les auspices du Comité d'hygiène de la Société des Nations, qui a été poursuivie dans le courant des années 1927 et 1928 et où la mortalité infantile a été étudiée d'une façon très régulière. Cette Enquête a porté sur 25 districts de régions très différentes d'Europe, peuplées de 2 millions et demi d'habitants. Ces districts, ruraux ou urbains, à mortalité très variable allant depuis une mortalité de 3,50 à Leyde (Hollande) jusqu'à 19,76 à Schärding (Autriche). Avec une technique uniforme, une enquête très approfondie a été poursuivie sur les causes médico-sociales expliquant les décès de tous les enfants qui ont succombé dans ces districts durant une année, et la conclusion du Comité d'experts a été précisément que la mortalité infantile précoce demandait de nouvelles études.

A cette enquête ont participé plusieurs de nos collègues, à savoir : le professeur Rott, de Berlin ; dame Janet Campbell, du ministère de la Santé publique à Londres ; Dr T. Clark des Etats-Unis ; professeur A. Collett d'Oslo, professeur Gini de Rome ; professeur C. Pirquet de Vienne ; et enfin le professeur E. Gorter de Leyde.

L'enquête a mis en évidence, une fois de plus, l'importance du problème de la mortalité infantile précoce, en montrant que dans 18 districts sur 25, il est mort plus d'enfants dans les sept premiers jours de la vie que dans les six derniers mois. Le rapport entre la mortalité infantile précoce et la mortalité infantile totale est intéressant à considérer. Il oscille entre 18,7 (Mecklembourg-Strelitz) et 63,9 p. 100 (Vienne, 6e, 7e, 8e arrondissements).

Dans leur si intéressant rapport, MM. Couvelaire, Lereboullet et Lacomme indiquent pour Paris un pourcentage de 15 p. 100. Ce chiffre paraît bien bas, mais il est difficile de tirer une conclusion précise, car ce chiffre exprimant un rapport, il faut tenir compte de l'autre élément variable, à savoir la mortalité de la première année (sauf la première semaine) que tant d'autres facteurs ont pu influencer. Il faut donc en réalité, pour obtenir une mesure digne d'être retenue, calculer la mortalité infantile précoce par rapport au chiffre des naissances (enfants nés vivants).

D'intéressants exemples qui ressortent de notre enquête mettent cette notion en valeur. Deux villes hollandaises, Leyde et Bréda, ont comme pourcentage des morts précoces par rapport à la mortalité infantile totale, l'une 40 p. 100, l'autre 26 p. 100 (décès dans la première année). Or, par rapport à 100 naissances, elles ont le même pourcentage de morts précoces : 1,42 (pourcentage faible). Nous pouvons fournir un autre exemple : Mecklembourg-Strelitz, Gmunden et Maestricht, ont une proportion de 18,7 p. 100, 22,6 p. 100, 34,8 p. 100 (pourcentage des morts précoces par rapport à la mortalité infantile totale). Or, ces districts ont le même pourcentage pour 100 naissances : 2,19 (mortalité précoce forte). Il semble inutile d'insister sur l'importance de ce rapport à 100 naissances, il est capital et permet seul de légitimes comparaisons entre les différents pays et les différentes époques.

On doit donc, étant donné ce rapport, essayer une classification permettant d'arriver à cette comparaison. Grâce à l'étude des 25 districts, nous avons établi les catégories suivantes :

Pour 100 naissances vivantes :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Mortalité | précoce | très forte....... | 3 et davantage. |
| — | — | forte........... | 2 à 3 p. 100. |
| — | — | modérée........ | 1 1/2 à 2. |
| — | — | faible........... | Moins de 1 1/2. |

La mortalité précoce se répartit dans nos 25 districts de la manière suivante :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Mortalité | précoce | très forte ............ | 5 | districts. |
| — | — | forte ................ | 13 | — |
| — | — | modérée............ | 1 | — |
| — | — | faible................ | 6 | — |

Nous avons étudié la corrélation entre ces taux et d'autres indices démographiques. Ce point mérite de retenir notre attention. Un certain nombre d'auteurs, comme le professeur Rott, ont envisagé une sorte de proportion inverse entre la natalité et la mortalité infantile précoce : plus la natalité semble faible, plus la mortalité infantile précoce serait forte, et inversement. Ce rapport serait expliqué par le fait suivant : la mortalité infantile précoce frappe surtout les premiers-nés. Quand la natalité baisse, la proportion des premiers-nés augmente. M. Schlossmann, qui a signalé l'augmentation de la mortalité infantile précoce, relative et absolue dans la province de Dusseldorf, n'admet pas ce rapport entre la natalité et la mortalité infantile précoce, pas plus que le rôle de la primogéniture.

Que donne notre enquête à ce point de vue ?

Les chiffres de natalité de nos districts varient entre 2,4 p. 1 000 habitants (Vienne, VI, VII, VIII) et 36,4 (Hoensbroek). Il y a donc de très grandes variations. Nous avons tenté un essai de classification :

| | | |
|---|---|---|
| Natalité | très forte ......... | 30 p. 1000 et au-dessus. |
| — | forte ............ | 20 à 30 p. 1000. |
| — | modérée.......... | 15 à 20 p. 1000. |
| — | faible............ | Au-dessous de 15 p. 1000. |

La comparaison entre la natalité et la mortalité infantile précoce peut s'établir comme suit :

Districts à natalité très forte (2) : leur mortalité précoce est forte ;

Districts à natalité forte (9) : leur mortalité est faible pour 4 districts, forte pour 3 et très forte pour 2 ;

Districts à natalité modérée (10) : leur mortalité précoce est faible pour 2 districts, modérée pour 1, forte pour 6 et très forte pour 1 ;

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Districts à natalité faible (4) : leur mortalité précoce est forte pour 2 districts et très forte pour 2 districts.

Ce tableau montre bien que la corrélation entre la natalité et la mortalité infantile précoce n'est pas très étroite. Sans doute, si la natalité est faible, la mortalité infantile précoce est forte ou très forte. Sur ce point, nous sommes d'accord avec le professeur Rott. La faible natalité est, en soi, un facteur défavorable. Il reste à savoir pourquoi. Nous verrons plus loin ce qu'il en est.

Quant à la natalité forte, constitue-t-elle un facteur favorable ? C'est possible. On peut citer en exemple le district d'Hedmark en Norvège. Ce district a la plus basse mortalité infantile précoce : 1,24 p. 100 naissances, et une natalité forte (20,6 p. 100). La population est pauvre, mais éclairée. Au contraire, les sept districts à mortalité infantile précoce forte avec natalité forte présentent des causes fâcheuses qui viennent empêcher le facteur natalité de jouer son rôle. Ces districts sont les suivants : Mecklembourg-Strelitz, dont l'assistance anténatale et obstétricale est défectueuse ; il en est de même pour Maestricht (Hollande), Scharding (Autriche), Sunderland (Grande-Bretagne), Hoensbroek (Hollande), le pays de Bray (France) et Emmen (Hollande). Dans ce dernier district, les mariages consanguins fréquents expliquent peut-être la fréquence des malformations congénitales et les naissances gémellaires.

Si bien, que l'on aperçoit déjà dans la mortalité infantile précoce le jeu de deux éléments nuisibles : l'un relativement aisé à atteindre par une bonne assistance obstétricale, et un autre plus mystérieux, plus difficile à atteindre.

Il existe un lien, comme l'a bien dit M. Rott, entre la natalité faible et la mortalité infantile précoce forte. Est-ce que le rang des naissances (le premier-né fournissant une mortalité précoce forte) doit être retenu ? Les recherches faites en Angleterre ont souligné la lourde mortalité obstétricale qui pèse sur les premiers-nés.

La mortalité par accidents de la grossesse et accouchements laborieux, pour 1 000 naissances, a été de 20,66 pour le premier-né, alors qu'elle n'était que de 4,97 pour le deuxième né, 3,65 pour le troisième né, 6,77 pour les quatrième et cinquième nés, 5,09 pour les sixième et septième enfants. Ce n'est qu'à partir du huitième enfant que le pourcentage monte à 28,9 (au delà de l'aîné).

La mortalité par prématuration est de même plus élevée pour le premier-né ; 17,66, puis 9,56 pour le deuxième né ; 12,16 pour le troisième né ; 20,31 pour les quatrième et cinquième et progressivement jusqu'à 75,58 au delà du huitième enfant.

Pour la présentation par le siège, le pourcentage est le suivant : 9,38, pour le premier-né, 1,53 pour le deuxième ; 3,04 pour le troisième ; 5,08 pour le quatrième et le cinquième ; 5,09 pour le sixième et le septième ; 18,20 pour le huitième et au delà.

Ces chiffres sont basés sur les districts britanniques (700 morts environ dont 280 morts précoces). On voit donc que, dans les districts à natalité faible, la primogéniture joue son rôle, et aussi que dans les districts à natalité très forte, la multiparité joue un rôle analogue.

Un antre facteur important doit être envisagé : l'âge de la mère et surtout l'âge de la primipare. Les chiffres suivants sont significatifs quant à la mortalité infantile précoce :

Mortalité par traumatismes obstétricaux :

| | | |
|---|---|---|
| Femme de | 15 à 25 ans | 8,85 |
| — | 25 à 30 — | 8,60 |
| — | 30 à 35 — | 9,14 |
| — | 35 à 40 — | 10,82 |
| — | plus de 40 ans | 10,61 |

Mortalité par prématuration :

| | | |
|---|---|---|
| Femme de | moins de 25 ans | 13,49 |
| — | 25 à 30 ans | Autour de 8 |
| — | 35 à 40 — | 16,20 |
| — | plus de 40 ans | 18,86 |

Ce qui montre, que, dans le cas de très forte natalité, la mortalité infantile précoce doit devenir importante surtout pour les enfants de femmes âgées qui en sont à leur cinquième, sixième ou septième enfant.

En somme, la natalié brute ne doit donc pas être seule envisagée. Si la natalité est très faible, c'est une « natalité de premiers-nés »; si elle est très forte, elle est aussi une « natalité de femmes âgées et multipares ».

Le rapport — dont nous avons déjà parlé — entre la mortalité infantile totale et la mortalité précoce est très intéressant à étudier de plus près. Nous avons divisé nos districts d'enquête en quatre catégories :

1° Moins de 4 morts de la première année pour 100 naissances vivantes : mortalité infantile faible ;

2° De 4 à 6 1/2 : mortalité infantile modérée ;

3° De 6 1/2 à 10 : mortalité infantile forte ;

4° 10 et au-dessus : mortalité infantile très forte.

Les proportions s'établissent comme suit :

| | |
|---|---|
| Districts à mortalité infantile très forte | 5 |
| Dont 3 ont une mortalité précoce forte ; | |
| 2 ont une mortalité précoce très forte. | |
| Districts à mortalité infantile forte | 7 |
| Dont 3 ont une mortalité précoce forte ; | |
| 2 ont une mortalité précoce modérée ; | |
| 2 ont une mortalité précoce faible. | |
| Districts à mortalité infantile modérée | 10 |
| Dont 7 ont une mortalité précoce forte ; | |
| 2 ont une mortalité précoce faible. | |
| Districts à mortalité infantile faible | 3 |
| Dont 1 a une mortalité précoce forte ; | |
| 2 ont une mortalité précoce faible. | |

La corrélation est donc nulle entre la mortalité infantile précoce et la mortalité infantile globale. Il y a entre ces deux facteurs une indépendance entière, comme on l'a déjà indiqué, ce qui signifie que leurs causes doivent être différentes. Le problème de la mortalité infantile précoce doit donc être étudié en soi.

Le rapport entre la mortalité infantile précoce et la mortinatalité est intéressant à étudier.

Nous avons une mortinatalité dans nos districts qui oscille entre 1,59 p. 100 naissances (Plaisance) et 6,44 (Vienne, VI, VII, VIII). Nous avons établi le barème suivant :

| | |
|---|---|
| Mortinatalité très forte | 4 p. 100 et au-dessus. |
| Mortinatalité forte | 3 à 4 p. 100. |

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Mortinatalité modérée........ 2 à 3 p. 100.
Mortinatalité faible ........... Moins de 2 p. 100.

Dans nos 25 districts, nous avons obtenu la classification suivante :

3 districts à mortinatalité très forte, dont :
- 1 à mortalité précoce très forte ;
- 2 à mortalité précoce forte.

10 districts à mortinatalité forte, dont :
- 2 à mortalité précoce très forte ;
- 6 à mortalité précoce forte ;
- 1 à mortalité précoce modérée ;
- 1 à mortalité précoce faible.

10 districts à mortinatalité modérée, dont :
- 2 à mortalité précoce très forte ;
- 4 à mortalité précoce forte ;
- 4 à mortalité précoce faible.

2 districts à mortinatalité faible, dont :
- 1 à mortalité précoce forte ;
- 1 à mortalité précoce faible.

Il faut donc noter que sur 13 mortinatalités fortes ou très fortes, il y a 11 mortalités infantiles précoces fortes ou très fortes; sur 12 mortinatalités modérées ou faibles, il y a 5 mortalités précoces faibles et 7 fortes. On voit donc qu'il existe un lien entre la mortinatalité et la mortalité infantile précoce; le contraire serait du reste incompréhensible. Néanmoins, le rapport n'est pas rigoureux, pourquoi ? Quand la mortinatalité est basse, la mortalité précoce peut ne pas l'être parce que d'autres facteurs interviennent : soins post-nataux, par exemple.

La fréquence relative de la mortalité infantile précoce à la ville et à la campagne mérite de nous arrêter.

D'après les chiffres de nos districts, la mortalité infantile précoce est un peu plus élevée dans les districts urbains que dans les districts ruraux, dans la proportion suivante : 2,71 p. 100 dans les districts urbains, 2,12 p. 100 dans les districts ruraux. Or, la natalité dans les districts ruraux est de 20,9 p. 100 et elle est de 14,4 p. 100 dans les districts urbains. C'est donc ce facteur qui, peut-être, joue son rôle.

En ce qui concerne la situation économique, celle-ci ne semble pas jouer un rôle défavorable pour le péril congénital d'après l'étude globale des districts. La seule exception serait la prématuration, assez influencée par les mauvaises conditions économiques. Il y a lieu de noter, dans le rapport britannique, un résultat qui indiquerait la fréquence des vices de conformation congénitale, des traumatismes obstétricaux et des accouchements laborieux, comme influençant davantage sur la mortalité infantile dans les classes les plus élevées de la population plutôt que dans les classes inférieures. Les mort-nés sont plus nombreux, les traumatismes obstétricaux et les malformations congénitales plus nombreux proportionnellement dans les familles aisées.

En somme, dans une certaine mesure, la mortalité infantile précoce menace plus fréquemment l'enfant aisé (peut-être parce qu'il est premier-né) et l'enfant citadin (peut-être également parce qu'il est premier-né).

Notre étude étiologique de la mortalité infantile précoce reconnaît à celle-ci trois causes principales :

1° Causes immédiates : maladie ou accident cause de mort ;

2° Causes intermédiaires : fautes commises (surveillance antéuatale défectueuse, aide obstétricale insuffisante, soins en général défectueux) ;

3° Causes fondamentales : elles se subdivisent elles-mêmes en :

*a*. Causes psychologiques, économiques et sanitaires.

I. **Causes immédiates.** — Si l'on additionne les morts par traumatismes obstétricaux, par prématuration et par malformations congénitales, on obtient le même chiffre que celui qui est fourni par la mortalité infantile précoce. Qu'est-ce qui se cache derrière les diagnostics de traumatismes obstétricaux, de prématuration et de malformations congénitales ? L'accord sur ce point n'est pas fait.

En ce qui concerne la prématuration, certaines causes sont très bien connues, mais leur importance relative n'est pas rigoureusement établie. Parmi les maladies chroniques de la mère, il faut retenir la syphilis, dont le diagnostic est envisagé d'une façon différente en France et à l'étranger. Le rôle de l'état constitutionnel (infantilisme), de l'état local de l'utérus, du traumatisme obstétrical, sont bien connus. Mais il faut être d'accord sur leur importance et leur fréquence.

En ce qui concerne les malformations congénitales, le rôle joué par les mariages consanguins, la syphilis, etc. est encore un problème posé et non encore résolu.

II. **Causes intermédiaires.** — Parmi les causes intermédiaires, on peut citer le surmenage, invoqué d'une façon très variable. Dans certains districts, on lui attribue 1 à 2 p. 100 des morts, dans d'autres de 35 à 40 p. 100. C'est dire que l'on ne s'entend pas même sur le terme de surmenage de l'ouvrière, de la ménagère, de la paysanne, sur le rôle joué par les petits traumatismes observés pendant la grossesse. Ce sont autant de facteurs importants.

La surveillance anténatale a montré au cours de l'enquête toute son importance, sur laquelle on ne saurait trop insister. Un exemple typique est fourni par Plaisance, où la surveillance anténatale est bonne et l'assistance obstétricale en général parfaite. Or, dans ce district, le péril congénital (mort par prématuration, traumatismes obstétricaux, mort-nés) est réduit à 2,75 p. 100 alors qu'il est de 10,15 à Vienne, VI, VII, VIII et de 5,25 à Croydon (pour prendre deux autres exemples).

III. **Causes fondamentales.** — La mortalité fœto-infantile n'échappe pas à la règle d'après laquelle, tout fléau social dont l'hygiène doit se préoccuper relève de trois sortes de facteurs primordiaux : économiques, psychologiques et sanitaires.

Les facteurs économiques peuvent, à la rigueur, être tous résumés par le mot pauvreté. En réalité, les insuffisances dont il s'agit ont de multiples aspects. Le taudis est un des plus graves de ces facteurs.

Les facteurs psychologiques consistent avant tout en l'ignorance puis en la négligence et en la mauvaise volonté.

Les facteurs sanitaires concernent surtout l'insuffisance d'organisation ou d'équipement des organisations d'hygiène ou de médecine préventive.

Des faits multiples prouvent que l'influence exercée sur le péril congénital par des facteurs économiques

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

défavorables est restreinte et presque limitée à la prématuration, tandis que celle qui revient à des facteurs sanitaires et psychologiques néfastes agissant le plus souvent conjointement est considérable.

S'il en est bien ainsi, c'est-à-dire si la mortalité primo-hebdomadaire apparaît avant tout liée à des facteurs sanitaires et psychologiques, les facteurs économiques n'ayant sur elle qu'une influence restreinte, s'exerçant surtout sur la prématuration, cette conclusion sera instructive et rassurante. Elle sera instructive parce qu'elle éclairera la voie à suivre pour nettement diminuer la mortalité primo-hebdomadaire ; elle sera rassurante parce qu'elle montrera que les moyens d'action qui permettront d'arriver à ce résultat auront une efficacité rapide et ce qu'on pourrait appeler un prix de revient assez bas.

Le professeur Schlossmann, reprenant la parole, signale du rôle des médications ocytociques (de la scopolamine) dans l'avenir des enfants extraits avec l'appoint de ces méthodes ; il montre la difficulté de tenir compte des statistiques prenant comme exemple certains arrondissements français où la population émigre vers Paris à l'âge adulte pour rentrer au pays après cinquante ans. Les chiffres fournis par les statistiques risquent d'être troublés par cet exode dans les deux sens.

Le professeur Lereboullet (de Paris), en rappelant quelques-unes des conclusions formulées par les auteurs qui ont pris part à la discussion, fait ressortir la diversité des opinions émises et montre combien complexe est la question étudiée. Si la mortalité précoce est, pour lui, en grande partie une mortalité de débiles, elle a parfois, notamment dans les milieux ruraux, des causes encore mal connues et qu'il convient de définir. Il semble donc utile que leur étude soit poursuivie et que la question soit à nouveau mise à l'ordre du jour d'une prochaine conférence. D'ores et déjà il paraît possible d'affirmer qu'une assistance médico-sociale compétente, assurant la puériculture anténatale, peut avoir une influence marquée sur la diminution de cette mortalité en facilitant la naissance à terme, sans traumatisme, d'enfants issus de procréateurs sains et en diminuant par cela même le nombre des débiles congénitaux. Avec MM. Couvelaire et Lacomme, M. Lereboullet dépose un vœu dans ce sens.

**Conclusions.** — Le mardi 8 septembre, lors de la séance finale de la conférence, les conclusions suivantes relatives à cette première question ont été adoptées :

« La réduction de la mortalité précoce nécessite la connaissance plus précise de ses causes.

« Toutefois, dès maintenant, la conférence estime qu'il y a lieu d'insister sur l'utilité de la puériculture anténatale et les résultats qu'on est en droit d'attendre d'une assistance médico-sociale compétente avant la procréation, pendant la gestation, la parturition et les premiers jours de la vie.

« La conférence, pour procéder à l'examen des problèmes que pose la mortalité précoce, maintient le sujet à l'ordre du jour et charge son conseil de désigner une commission qui établisse un plan de travail. Cette étude sera poursuivie d'une façon coordonnée dans plusieurs pays d'Europe par la collaboration de médecins, de pédiatres, d'accoucheurs et de spécialistes (anatomo-pathologistes, statisticiens, etc.).

« Quand elle sera achevée, le conseil en groupera les résultats et pourra en faire l'objet d'un travail exposé à une des réunions de la conférence. »

Deuxième question.

## La contagion tardive de la scarlatine et les moyens de l'éviter.

Rapporteurs : **Pr Von GROER** (Lemberg) et **Dr A. LICHTENSTEIN** (Stockholm).

I. Rapport du professeur von Groer. — **La propagation de la scarlatine par les enfants convalescents et sa prévention.**

Il convient d'établir, après une connaissance scientifique de la durée de la contagion, une période de quarantaine évitant un isolement superflu et coûteux, mais suffisante pour éviter les contaminations tardives.

Cette question, bien tranchée maintenant pour la rougeole, se pose pour la scarlatine, dont les particularités sont la gravité et la longue durée (Hottinger et Schlossmann) : 88 000 cas en Allemagne en 1927. La réduction justifiée de l'isolement aurait une répercussion économique et sociale marquée, sous réserve d'éviter l'apparition des cas de retour (*return cases*). Mais la biologie ne nous fixe pas encore d'une façon exacte sur le terme de cette contagiosité. On peut cependant, en rapprochant la clinique des données modernes, s'efforcer d'améliorer « notre vieille routine », et cela en tenant compte des points suivants :

I. La contagiosité est moindre qu'on ne le croit généralement. Les cas « fulminants » et aigus sont plus contagieux que les cas léegrs. Le début l'est plus que la fin, avec une reprise de la contagiosité au cas de syndrome secondaire.

II. Les cas nouveaux surinfectent et réinfectent les convalescents à leur contact. Les « rechutes » qui ont été signalées relèvent toujours d'un semblable contact (Lichtenstein) ; elles ne se voient guère qu'à l'hôpital, pour cette raison.

III. La contagion s'exerce presque exclusivement par le mode direct, elle est causée par les sécrétions naso-pharyngées ; les squames ne doivent pas être regardées comme infectieuses.

IV. A cette infection s'ajoute une prédisposition personnelle liée à deux facteurs : une absence d'immunité pour le germe de la maladie et une hypersensibilité parallergique ou une chute brusque (*down break*) et temporaire de la résistance non spécifique ; c'est ce facteur trop négligé qui intervient après un traumatisme, une action thermale ou actinique facilitant l'aggravation de la maladie.

Ces quatre points établis, on peut établir un plan d'action pour éviter la propagation de la scarlatine par les convalescents :

1° L'isolement des malades en boxes séparés évite les surinfections et les réinfections surtout chez les convalescents. A défaut de boxes, il faut tenir séparés en deux locaux distincts *au moins* les cas nouveaux et les convalescents. Boxes et salles doivent être spacieux, clairs et ventilés, l'hiver irradiés par les lampes de quartz ; les soins du nez et de la gorge seront fréquents.

2° Les sortants doivent passer quelque temps au bon

air avant de rejoindre les collectivités familiales ou scolaires.

3° Les frères et sœurs des malades seront visités et suivis médicalement.

Avec Czerny, v. Groer considère que la scarlatine relève d'un problème diététique, en raison d'un état allergique alimentaire causé par l'abus de lait et d'œufs. D'autre part, les enfants à susceptibilité exsudative (strumeux, lymphatiques) sont prédisposés à la scarlatine. Ces deux ordres de faits doivent, pour l'auteur, diriger la thérapeutique préventive.

Avec ces trois ordres de précautions (isolement et désinfection fractionnée des malades, isolement relatif et aération des sortants, soins des enfants sains restés à la maison) on réduit le chiffre de ces cas de retour. Il oscille entre 0 et 1,5 dans les hôpitaux bien aménagés et varie avec les conditions d'hygiène et de soins dans les autres cas. Ces résultats favorables s'observent aussi bien dans les hôpitaux qui ont cessé de considérer l'examen bactériologique comme le critérium de guérison.

Seul l'examen clinique individuel peut permettre de décider du retour de l'enfant convalescent à la maison, si l'état de la gorge et du nez est tout à fait satisfaisant; la desquamation persistante est sans inconvénients pour la contagion, le traitement par le sérum n'influence pas la contagiosité. On peut diviser ces convalescents en trois groupes :

1. Cas légers, complications nulles ou légères, pouvant sortir le vingt-huitième jour (comme à Düsselforf), sous la condition qu'ils ne retournent à l'école qu'après huit à quinze jours.

2. Cas sérieux et compliqués, à conserver plus longtemps, même si la guérison survient en quatre à cinq semaines ; un isolement de six semaines est à recommander.

3° Cas compliqués persistants (néphrite et surtout otite ou localisations purulentes) qui doivent être traités à l'hôpital sept à huit semaines et souvent plus longtemps.

L'auteur s'est tenu aux données cliniques qui permettent une base de discussion, la valeur pratique du diagnostic bactériologique restant controversée.

Friedmann et Deicher ont tenté de se baser sur les constatations bactériologiques pour prolonger ou au contraire abréger l'hospitalisation des malades. Mais, pour von Groer, la présence ou l'absence du streptocoque hémolytique n'est pas le critérium absolu de la contagiosité de la maladie, d'autant plus qu'il n'y a pas de différenciation absolue entre le streptocoque scarlatin et tout autre streptocoque hémolytique; il n'y a pas de scarlatine sans streptocoque, mais il y a des streptocoques sans scarlatine. Cette recherche peut cependant aider à fixer le degré de la contagiosité ; elle a contribué à intensifier l'isolement en quarantaine fractionnée, d'où les bons résultats obtenus, mais elle varie dans ses résultats avec l'expérience des bactériologistes, elle varie trop souvent aussi d'un examen à l'autre chez un même malade. Enoutre, les divers auteurs ont noté des rapports très variables entre la fréquence des cas de retour et les constatations bactériologiques positives.

Seligmann à Berlin a noté 2,7 p. 100 cas de retour sur 1 149 examens négatifs, et 1 p. 100 sur 1 613 examens positifs. En réalité, ces cas s'expliquent par l'existence de complications, quel que soit le résultat bactériologique, celui-ci servant seulement à fournir une donnée générale concourant à vérifier l'efficacité du système d'isolement employé.

Pour Maudelbaum, la recherche d'un bacille diphtérique ou très voisin du bacille de Lœffler indiquerait la contagiosité de la scarlatine et se retrouverait chez les porteurs de germes sains, propagateurs de la maladie sans la contracter, mais ces faits n'ont pas été suffisamment vérifiés.

Reste la question de savoir si l'immunisation active ou passive peut empêcher le production des cas de retour. Les opinions sont divisées ; les uns préconisent cette immunisation active préventive chez les frères et sœurs sains, avec Dick positif, avant le retour du malade ; d'autres préfèrent la sérothérapie passive précoce ou au retour du malade à la maison. Von Groer ne se prononce pas, il n'est pas convaincu de l'efficacité préventive de la toxine de Dick, il craint même que son introduction ne puisse créer une phase négative ou une chute provoquée de la résistance non spécifique. Pour l'immunisation passive, même doute. Friedmann ne croit pas à sa possibilité, ceux qui l'admettent reconnaissent qu'elle est de courte durée. En l'état actuel de la question, la décision reste soumise au sentiment personnel du médecin.

**Conclusions.** — 1. Les soins individuels et la désinfection fractionnée à l'hôpital, l'isolement relatif avec aération à la sortie avant le retour au foyer, les soins aux enfants sains restés à la maison sont les seuls moyens d'empêcher les cas de retour de scarlatine.

2. La durée de la quarantaine pour les convalescents ne peut être basée sur la recherche du streptocoque hémolytique du nez et de la gorge. La sortie précoce de l'hôpital ne s'applique pas aux cas compliqués. Le traitement sérothérapique n'influence pas la contagiosité des convalescents.

3. L'efficacité d'une immunisation active ou passive des enfants exposés à la contagion n'est pas encore hors de doute.

II. Rapport du Dr Lichtenstein (Sotckholm). — **Comment empêcher l'infection tardive par les scarlatineux en voie de guérison : « cas de retour ».**

1° La délimitation de ces « cas de retour » est délicate, la durée maxima d'incubation restant ignorée, et la contagion ultérieure pouvant être en jeu. Leur fréquence est variable : en moyenne 3 p. 100 survenant après un isolement du malade de quatre à sept semaines.

2° Les squames ne sont pas contagieuses, mais les sécrétions de la gorge, du nez, des oreilles le sont.

3° Ces cas sont dus le plus souvent à des convalescents atteints encore d'otite ou rhinite purulente, même légères. Ces faits ou la persistance d'une fièvre légère sont à retenir.

4° Des convalescents sans séquelles peuvent aussi transmettre ces cas de retour.

5° Les travaux récents se sont proposé d'éviter ces contagions par la recherche du streptocoque hémolytique, par l'envoi en station d'aération pour convalescents et par l'immunisation des enfants sains avant le retour au foyer des convalescents.

Mais la recherche du streptocoque hémolytique n'est pas encore en mesure de résoudre la question. L'isole-

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

ment en station d'aération est une méthode de protection d'une grande efficacité; quant à l'immunisation active ou passive des sujets à Dick positif, elle serait la solution la plus satisfaisante du problème.

En l'état actuel de nos connaissances, il faut préconiser :

1° Un examen des convalescents (état de la température, du nez, de la gorge et des oreilles) avant leur sortie.

2° Si l'état de santé ou l'existence de ces signes locaux laissent un doute, l'isolement doit être prolongé.

3° Cette durée sera d'autant plus stricte que le convalescent retourne vers une collectivité d'enfants (famille, pension).

4° Les stations d'aération pour convalescents sont à développer.

5° On doit envisager l'immunisation préventive des enfants sains avant le retour du convalescent.

M. le Dr Lesné (Paris), relate 4 cas de contagion du quarantième au quarante-deuxième jour ; il incrimine également l'angine et la rhino-pharyngite même dans les formes légères. Il montre les difficultés d'adopter un critérium bactériologique pour fixer le terme de la contagion. Il préconise chez les malades une désinfection soignée des premières voies et surtout une alimentation complète et bien équilibrée dès la troisième semaine quand l'état du rein le permet. On séparera des autres carlatineux ceux qui restent infectés, ils seront envoyés à la campagne. Les autres enfants sains seront bien nourris et soumis à une aération suffisante.

L'immunisation active ou passive ne permet pas d'édicter dès maintenant des mesures générales dont l'efficacité soit valable. L'examen clinique conserve donc la première place pour fixer la conduite à tenir.

Le Dr Schlesinger (de Londres) s'associe à cette manière de voir et le professeur Gorter (de Leyde) estime également que la clinique reste actuellement le guide de l'hygiéniste; il pense, avec M. Schlesinger, qu'il faut essayer, par la bactériologie, d'arriver à dépister et aussi à éviter la scarlatine. L'immunisation des enfants sains par la toxine reste difficile non seulement à réaliser, mais à interpréter dans sa signification. On a pu craindre qu'elle crée une hypersensibilité, aussi a-t-on pu envisager qu'il vaudrait mieux n'y recourir qu'après la remise en contact avec le convalescent pour renforcer l'immunisation.

M. le professeur Rolleston (de Londres), après un court historique des idées concernant les cas de retour en Angleterre, a insisté sur les recherches entreprises par le « Metropolitan Asylum Comitee ». Ces travaux récents ont montré la fréquence des cas de retour variant entre 0 et 6,9 p. 100 suivant les différents hôpitaux. Son expérience vient à l'appui des conclusions émises avant lui sur l'innocuité des squames, la fréquence des infections nasales, celle de la saison froide, la répartition des cas d'après leur ancienneté, enfin leur apparition dans la quinzaine qui suit la sortie du malade contaminant.

Après une courte intervention du Dr Herderschee (d'Amsterdam), M. Robert Debré, en son nom et en celui du Dr Bonnet (de Paris), expose ses recherches confirmant le rôle pathogène du streptocoque hémolytique. Il expose les propositions, résumées ci-dessous, qui en découlent :

1° La présence constante, très abondante de streptocoques hémolytiques est de règle au début de la scarlatine, dans la gorge des malades.

2° Du vingtième au vingt-cinquième jour, ces colonies ont presque disparu, et la flore est très panachée.

3° Le streptocoque hémolytique disparaît vers le trentième jour dans presque tous les cas.

4° De rares colonies se retrouvent chez quelques sujets au quarantième ou au soixantième jour.

5° Les sujets observés par M. Debré et sortis après disparition du streptocoque hémolytique n'ont pas donné de cas de retour; d'autres, porteurs encore de germes, ont pu sortir sans causer de cas de retour. Mais ces faits négatifs n'ont pas une valeur absolue.

6° M. Debré croit donc à l'intérêt diganostique et prophylactique de cette recherche. Il serait désirable d'unifier les techniques de recherche (Friedmann, Debré).

7° La réaction de Dick pratiquée avec « deux doses Dick » d'une toxine bien éprouvée garde sa valeur, mais les fausses réactions rendent l'interprétation délicate ; en outre, il existe des cas de scarlatine chez des sujets à Dick négatif.

8° L'anatoxine scarlatineuse fait virer provisoirement le Dick, mais la protection n'excède pas quelques mois; son emploi ne peut donc pas être systématiquement préconisé.

9° Le sérum de l'Institut Pasteur (Ramon, Louis Martin, Loiseau et Debré) et le sérum de convalescent ont un rôle préventif favorable, mais il convient de n'user que de sérums titrant une forte teneur en antitoxine par l'injection intradermique de plusieurs doses Dick.

M. Debré conclut que la recherche du streptocoque hémolytique conserve un intérêt diagnostique et pour le contrôle de la guérison bactériologique. Dans des cas limités, la réaction de Dick peut servir à dépister les sujets négatifs; enfin le sérum de convalescent peut être utilisé pour la protection à domicile d'un sujet menacé.

M. le professeur Lereboullet (Paris) souligne, comme M. Lesné, le caractère exceptionnel des cas de contagion tardive. Il signale, à ce propos, la rareté des épidémies de scarlatine dans les écoles parisiennes et l'absence presque complète des cas de contagion par les convalescents de retour à l'école. M. le Dr Dufestel, en quarante ans, n'en a observé qu'un seul cas. La quarantaine strictement observée semble à l'origine de cette rareté ; et, si le délai peut dans certains cas être abaissé à trente-cinq jours, il ne doit pas être davantage raccourci. Inversement, il peut être allongé dans les cas où les phénomènes infectieux persistent ou reparaissent, ainsi que l'ont fait ressortir les rapporteurs.

M. le professeur Taillens (de Lausanne) signale l'extrême rareté en Suisse des cas de retour; il l'attribue à la désinfection locale des muqueuses, à l'isolement prolongé quarante-cinq jours (soixante parfois), à la bonne aération des enfants.

M. le professeur Schlossmann (de Dusseldorf), confirme l'existence de cas tardifs contagionnés au quarante-deuxième jour.

M. le professeur Hamburger (de Vienne) montre les difficultés de l'étude biologique de la scarlatine, si on la compare à la diphtérie.

Il rapporte des cas tardifs de contagion relevés après

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

un contact prolongé avec un malade, dont un cas mortel.

M. le professeur VON GROER (de Lemberg), rapporteur après cette discussion, relève la variabilité suivant les pays de la fréquence de ces cas de retour ; il critique l'action de l'anatoxine, mais, avec M. Debré, il accorde une valeur à l'examen bactériologique de la gorge qui, pour lui, donne des résultats parallèles à l'examen clinique. Après une dernière intervention du professeur Lichtenstein (de Stockholm), les *conclusions suivantes*, proposées à la fin de la réunion, sont adoptées :

1° Les méthodes prophylactiques les plus efficaces contre la propagation de la scarlatine restent basées à l'hôpital sur l'hygiène corporelle et la désinfection locale rhino-pharyngée systématique et répétée, et, en ville, sur l'isolement aussi complet que possible des enfants soignés dans leurs familles.

2° Les données fournies par la recherche bactériologique du streptocoque dans les cavités rhino-pharyngées ne permettent pas de préciser les limites de la durée d'isolement des scarlatineux.

Le raccourcissement de cette période d'isolement ne peut pas être autorisé pour les enfants atteints de scarlatine compliquée.

Il est donc nécessaire de déterminer dans chaque cas les conditions cliniques qui permettent le renvoi de l'enfant à la collectivité.

3° La question de l'immunisation active ou passive (à l'aide du sérum des convalescents) de l'entourage des scarlatineux doit être soumise à de nouvelles recherches.

JULIEN HUBER.

---

## VII[e] CONGRÈS DES PÉDIATRES DE LANGUE FRANÇAISE ASSOCIATION FRANÇAISE DE PÉDIATRIE

*Strasbourg, 5, 6 et 7 octobre* 1931.

Le VII[e] Congrès des pédiatres de langue française, qui vient de se terminer à Strasbourg, s'est montré remarquable à la fois dans sa parfaite organisation due à son président M. le professeur Rohmer, assisté des Drs Woringer, secrétaire général, et Forest, trésorier, et dans l'intérêt soutenu de ses séances.

Il a groupé un nombre important de pédiatres venus de toute la France, et, plus nombreux que jamais, de l'étranger. Pour ne parler que de ces derniers, citons, sans avoir la prétention d'être complet, les professeurs Pechère et Cohen, de Bruxelles ; le professeur Maldague, de Louvain, et de nombreux confrères belges ; d'Italie, les professeurs Allaria, Caccia, Comba, Fornara, Zanetti, Taccone, Frontali, Maggini ; le Dr Hassan, de Rhodes ; le professeur Gautier, de Genève ; le professeur agrégé Paul Letondal, délégué officiel de la province de Québec, représentant la Faculté de médecine de Montréal et l'Union médicale du Canada ; le professeur Wallgren, de Göteborg (Suède) ; Mme le Dr Ehrlich, de Varsovie ; les Drs Corcan et Grakoski, de Roumanie ; le Dr Fodorovitch, de Yougoslavie ; le Dr Leite Lage, du Portugal ; le Dr Burghi, de l'Uruguay ; le Dr Baissad, de Norvège ; les Drs Mme Velter, MM. Molitor et Serrig, du Luxembourg, cette énumération très incomplète montrant l'intérêt croissant que portent les nations étrangères proches et lointaines au mouvement pédiatrique français. Nous n'analyserons ici que les travaux scientifiques du Congrès, laissant à des voix plus qualifiées le soin de rappeler l'accueil que tous les congressistes ont reçu à Strasbourg et le souvenir inoubliable qu'ils en ont rapporté.

Les questions judicieusement choisies par le bureau du Congrès étaient les suivantes :

1° Fièvres alimentaires ;

2° Tumeurs cérébrales ;

3° Précarences ;

réparties comme suit entre les rapporteurs :

*Fièvres alimentaires.* — 1. Professeur SCHAEFFER (Strasbourg) : Les bases physiologiques de la fièvre alimentaire.

2. Drs CORCAN et VALLETTE (Strasbourg) : Etudes expérimentales sur la fièvre alimentaire et leur application à la clinique.

3. Drs MATHIEU et CHABRUN (Paris) : La fièvre alimentaire en clinique.

*Tumeurs cérébrales.* — 1. Drs HEUYER et Mlle CL. VOGT (Paris) : Symptômes et diagnostic des tumeurs cérébrales chez l'enfant.

2. Dr CLOVIS-VINCENT (Paris). Traitement des tumeurs cérébrales chez l'enfant, particulièrement de la fosse postérieure.

*Précarences.* — Dr BERTOYE (Lyon) : Les formes frustes et latentes des avitaminoses chez le nourrisson.

### Les fièvres alimentaires.

1° Professeur G. SCHAEFFER (de Strasbourg). — **Les essais d'interprétation physiologique des fièvres alimentaires du nourrisson.**

Dans son rapport, l'auteur passe en revue les *théories physiologiques* des fièvres alimentaires : Henri et John, sur les « fièvres de sel » ; Rietschel, sur les « fièvres protidiques » ; Schmitt, Finkelstein, sur les « fièvres d'origine périphérique par exsiccose » ; Bratusch Marrain, Debré et Lelong, sur la « fièvre de lait sec ».

Il envisage ensuite les *conditions de la régulation thermique* chez les homéothermes par le contrôle des centres organo-négatifs thermorégulateurs qui corrigent la perte calorique et règlent la production de chaleur.

Cette thermolyse et cette thermogenèse physiques pour la première, chimiques pour la seconde ; des sections nerveuses appropriées peuvent les modifier.

Le travail musculaire, le frisson, les cris, augmentent la *production thermique* au-dessus du métabolisme de base ; il en est de même de l'*action dynamique spécifique* des protéides contenus dans la ration qui développent une « extra-chaleur » ; celle-ci se traduit chez le nourrisson par des chiffres élevés, elle n'entre guère en jeu dans l'allaitement au sein, pauvre en protides.

La *thermolyse*, qui s'exerce dans des proportions élevées chez l'adulte, est beaucoup moins active chez l'enfant et surtout le nourrisson dans les premières semaines ; elle s'effectue par rayonnement et conduction pour les trois quarts, sudation, évaporation d'eau pulmonaire pour

un quart (sans sudation visible). Cette perspiration d'eau, étudiée par Ribadeau-Dumas et Meyer, les frères Du Bois et leurs collaborateurs, etc., est en rapport direct avec la pathogénie des fièvres alimentaires.

Le nourrisson, trop vêtu, perd peu de chaleur par conduction et radiation; c'est l'augmentation de la perte en vapeur d'eau qui lui permet presque exclusivement d'équilibrer une thermogenèse en excès, liée à un trouble alimentaire. Le manque d'eau disponible favorise donc l'élévation de la température centrale, et la régulation physique plus insuffisante du nourrisson explique, à cet âge, l'hyperthermie plus facile.

L'auteur étudie ensuite les facteurs qui influent sur le bilan d'eau à qui revient ce rôle primordial dans la régulation thermique. Les réserves en eau sont proportionnellement plus petites chez le nourrisson que chez l'adulte. Or ses besoins en eau sont très élevés, cinq fois plus grands que ceux d'un adulte, toutes proportions gardées ; cette eau concourt à l'hydratation des fèces, à l'élimination urinaire, à la régulation thermique par perspiration, à l'imbibition normale des tissus en formation chez le jeune enfant. L'apport alimentaire joue un rôle important sur cette élimination fécale et surtout urinaire, la concentration en urée s'élevant vers la concentration maxima avec un régime riche en protides. Le calcul de cette concentration maxima, et de la constante uréo-sécrétoire, difficile chez le nourrisson, se trouvent réalisés dans des conditions cliniques ou expérimentales (Chabanier, Max Lévy, Mlle Phélizot). Concentration maxima, au voisinage de 45 à 50 p. 1 000. Ces faits sont précisément observés chez des enfants souvent fébricitants et présentant *des bilans d'eau négatifs.* Mais la concentration maxima baisse si, le bilan d'eau restant positif, la ration en eau a été fortement réduite.

Ces données, schématiquement résumées ici, permettent de suivre l'auteur dans son travail de synthèse *sur le mécanisme des fièvres alimentaires.* On sait qu'elles se voient à l'occasion de régimes trop riches en protides et en sels ou pauvres en eau.

1° *Excès de protides.* — Leur combustion libère, on l'a vu, moins d'eau que les graisses et les hydrocarbones ; l'action dynamique spécifique produit une extra-chaleur en rapport avec l'excès de protides; celle-ci s'élimine par perspiration d'eau encore accrue par les cris, l'agitation; de plus; l'urée en excès appelle un volume d'eau obligatoire. Or, de ces divers phénomènes, l'expérience montre que l'élimination rénale est satisfaite la première. C'est donc, si la ration d'eau est insuffisante, la vaporisation d'eau (perspiration) qui se trouvera diminuée. Ces faits confirment les expériences de Finkelstein. Ils expliquent ainsi l'hyperthermie, et les phénomènes deviennent alors plus complexes en raison de l'augmentation des échanges par la fièvre..

La déshydratation de l'organisme entraîne l'hyperexcitabilité, l'agitation, les cris, et par vaporisation d'eau, une exagération de l'exsiccose, d'où un véritable cercle vicieux qui ne cessera que par une introduction d'eau avant l'apparition des troubles cellulaires irréversibles.

2° *Excès de sels.* — Liée à l'action hydropigène de l'ion sodium mobilisant l'eau, d'où réduction de la perspiration et stade de chaleur.

Ces deux effets : excès de protides et de sels, peuvent s'additionner.

L'auteur se demande *enfin s'il peut séparer les fièvres de lait sec des autres fièvres alimentaires,* comme l'ont fait Debré et Lelong, en raison de l'absence de perte de poids.

M. Schaeffer pense pourtant qu'elles relèvent de la même explication. Dans le cas de la fièvre de lait sec, le taux élevé de protides appelle une forte élimination uréique, et partant hydrique, la perspiration est diminuée d'autant, d'où la fièvre, mais l'absence d'exsiccose laisse le poids intact, le déficit en eau n'étant pas assez marqué pour entraîner une chute de poids. On expliquerait ainsi l'inconstance chez les divers enfants de la fièvre de lait sec et sa production retardée par rapport à l'ingestion s'expliquant par un stade initial où l'élimination uréique sous une concentration élevée cause une moindre spoliation hydrique.

*En conclusion.* — M. G. Schaeffer explique la fièvre non par transformation toxique des protides, mais par le déséquilibre dans la ration protides-eau accru par l'élimination rénale qui restreint la perspiration; l'exsiccose n'est qu'un phénomène secondaire.

Le rôle du facteur rénal, celui du métabolisme de l'eau sont à souligner. Ce sont donc des « *fièvres par déséquilibre du régime alimentaire* », elles sont dues à des régimes où les quantités de protides, sels et glucides ne sont plus dans les rapports où elles sont contenues dans le lait de vache (Mme Randoin et Lecoq). L'influence des sels minéraux, celle des vitamines a été de même démontrée expérimentalement. Il convient en définitive de se rapprocher le plus possible de l'équilibre alimentaire existant normalement dans le lait entier (le lait de la mère restant le standard auquel on doit se référer, la quantité d'eau devant, elle aussi, être prise en considération dans cet équilibre des constituants du régime).

2° **Études expérimentales sur la fièvre alimentaire et leur application à la clinique.** — Rapport de MM. les Drs P. CORCAN et A. VALLETTE (Strasbourg).

Les auteurs se sont proposé de grouper et mettre au point les expériences sur les fièvres alimentaires d'origine non infectieuse mais métabolique, par présence, absence ou déséquilibre des constituants normaux de la ration alimentaire : telle la fièvre de lait sec (Debré, Lelong et Semelaigne). Éliminant les fièvres de carence (Ribadeau-Dumas, Lelong, Chabrun), il convient aussi d'écarter les cas où se surajoutent des troubles digestifs. Partant *des faits* cliniques pour arriver à la détermination de l'élément nocif, on peut envisager la pathogénie et les indications thérapeutiques.

*Faits cliniques.* — Traube les entrevoit, puis Weill et Tiberius notent la monothermie de l'enfant au sein, les oscillations avec le lait de vache, engendrées de la fièvre de babeurre. Finkelstein retient la dyspepsie de l'enfant au lait et au petit-lait sucré, les bons effets de la diète hydrique. De ces faits semblait résulter le rôle nocif chez ces enfants des *cristalloïdes* (sucre et sels du petit-lait), d'*albumine* jointe à ces substances, des états de déshydratation (perte de poids, diarrhée), *d'où perte d'eau.*

1° *Cristalloïdes.* — Sels et surtout sucre incriminé par Finkelstein, dont l'action est peut-être illusoire, le rôle des microbes intestinaux étant ici habituel. L'expérimen-

tation par voie parentérale étant à déconseiller comme entachée de causes d'erreur, *l'ingestion n'a pu démontrer le rôle nocif du sucre*, celui de l'infection et des troubles digestifs venant toujours troubler les recherches. Quant aux solutions salines (Heim et John), surtout chlorure de sodium, leur action n'apparaît qu'à forte concentration ou sur des enfants porteurs de troubles digestifs marqués. *Ce facteur semble cependant à retenir.*

2° *Albumine.* — Finkelstein lui-même a reconnu que la fièvre attribuée par lui au sucre exige la présence de petit-lait. Hirsch et Moro insistent sur l'albuminurie qui serait en jeu dans la fièvre dite de sucre. De même, Rietschel, substituant des albumines (4 à 10 p. 100) aux graisses et aux hydrates de carbone, observe l'hyperthermie que l'ingestion d'eau fait disparaître. Il est vrai que l'excès de graisses ou d'hydrates de carbone agit dans le même sens, quoique plus discrètement.

3° *L'eau* (fièvre de soif, Muller; fièvre d'inanition, Craudell), en quantité insuffisante, est ici en jeu et suffit à faire cesser la fièvre dès qu'on en restitue une quantité suffisante.

Un régime trop concentré ou la déshydratation expérimentale produisent la fièvre, mais la présence de protéines est indispensable.

Finkelstein en conclut à la nécessité des substances dites *hydrophiles* (NaCl et albumine), d'où deux types expérimentaux : la *fièvre saline* et la *fièvre albumineuse*, qu'on réalise soit par concentration des éléments solides (*fièvre de concentration*), soit par diminution de l'eau (fièvre de soif).

1. *Fièvre saline.* — Réalisée par un apport salin (concentration), qui devient une fièvre de soif si on raréfie l'eau. C'est une *fièvre élevée, précoce* et *forte*, dès la deuxième heure si l'apport salin est important, plus tardive et plus légère avec les faibles concentrations; *l'ingestion d'eau la fait cesser.*

2. *Fièvre albumineuse.* — Mêmes conditions, soit apport en protéine (3 à 10 p. 100 de la ration sous forme de paracaséinate de calcium ou de caséine) ; soit réduction des liquides.

*Fièvre élevée, chute de poids* avec *atteinte de l'état général*; rarement signes rénaux et glycosurie; pas d'état cholériforme, mais syndrome de déshydratation (Schiff, Eliasberg et Bayer) bien étudié dans son *syndrome humoral* par Corcan et Klein et par Mlle Phélizot.

*a.* Rapport constant entre la concentration du sérum pauvre en eau, la perte de poids et l'hyperthermie.

*b.* Chez tous les déshydratés (avec ou sans fièvre) on note l'urobilinurie. Cette légère insuffisance hépatique n'est donc pas la cause de la fièvre.

*c.* L'azote non protéinique du sang est augmenté ici encore chez les déshydratés (avec ou sans fièvre). L'insuffisance rénale n'est donc pas à l'origine de la fièvre.

*d.* La réserve alcaline est rarement et très légèrement abaissée, donc il n'y a pas d'acidose par déshydratation simple.

*e.* Peu de modifications du métabolisme minéral, sauf rétention chlorée progressive du plasma, du liquide céphalo-rachidien et des globules rouges (Mlle Phélizot), mais sans parallélisme entre la fièvre et cette rétention.

Le facteur essentiel est donc *une carence en eau* liée à l'élimination par diurèse ou à la rétention tissulaire en cas d'excès de sel ; et, en cas d'excès d'albumine, à une diurèse aqueuse intense et aux besoins élevés du métabolisme azoté.

Ces conditions réalisées, pourquoi *la fièvre* survient-elle ? On l'a expliquée par l'action des microbes sur ce terrain, par des poisons (polypeptides, acides aminés) agissant les uns ou les autres à la faveur d'une atteinte de la paroi intestinale liée à la déshydratation. D'autres *théories physiques* : insuffisance de déperdition calorique (Voy. rapport de M. Schaeffer) et dérèglement thermique d'origine centrale. La première tient compte du défaut de perspiration. Rietschel y ajoute la notion de surproduction de chaleur. Finkelstein invoque la dessiccation de l'organisme (exsiccose) surtout marquée vers le système porte et le foie, cette dessiccation dépendant du fonctionnement rénal qui prive ou non le sujet de l'eau dont il a besoin d'autre part ; en conséquence la réhydratation par voie digestive serait plus efficace que par injection sous la peau. La première théorie relève de l'inégalité dans les facteurs de l'équilibre thermique; la seconde invoque un trouble thermorégulateur d'origine centrale.

La fièvre est donc *liée à la déshydratation* absolue ou relative en présence d'un excès de sel ou d'albumine. La relation entre ce trouble du métabolisme de l'eau et les centres thermo-régulateurs reste en discussion.

Les applications cliniques (traitées d'ailleurs plus loin) de ces données font penser :

1° Que la fièvre alimentaire isolée et pure est rare en clinique ; celle du lait sec est bien établie, elle dépend de l'équilibre aqueux et de l'état des fonctions rénales ;

2° Que des causes externes, atmosphériques puissent troubler ce métabolisme de l'eau (coup de chaleur, syndrome du vent du Midi) ;

3° On n'est point parvenu à identifier ces faits de fièvres alimentaires avec le syndrome cholériforme.

*Conclusions.* — I. L'alimentation, par suite des rapports quantitatifs entre l'eau et certains éléments dits hydrophiles, peut avoir une influence manifeste sur la température du nourrisson.

II. L'expérimentation permet d'apprécier cette influence dans toutes ses modalités et conduit en même temps à pénétrer jusqu'à un certain point le mécanisme par lequel elle s'exerce.

III. Mais la notion de fièvre alimentaire, quel que soit son intérêt au point de vue théorique et expérimental, s'applique, dans la pratique médicale courante, à un nombre de cas très limité ; c'est ce qui, jusqu'ici, a empêché sa vulgarisation.

### La fièvre alimentaire en clinique.

MM. les Drs René Mathieu et Jean Chabrun (de Paris).

En bonne pratique, l'hypothèse d'une fièvre alimentaire, en présence d'un cas donné, est la dernière qui doit se présenter à l'esprit. Il faut d'abord observer qu'un bon nombre de faits publiés appartiennent plutôt au domaine de l'expérimentation : telles sont par exemple les déshydratations avec fièvre, provoquées par l'ingestion d'une dose massive de sel ou d'albumine, dilués dans une quantité grossièrement insuffisante d'eau.

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

La soif peut s'accompagner d'une élévation de température, en particulier chez le nouveau-né. Cependant, avant d'incriminer l'inanition pour expliquer la fièvre transitoire des premiers jours, l'accoucheur fera bien de s'assurer que l'enfant n'est pas logé dans un local surchauffé, qu'il ne présente aucune infection, et surtout qu'il n'est pas la victime d'une hémorragie méningée d'origine obstétricale.

Un grand nombre d'aliments ont été accusés de provoquer une élévation de température. Le sucre de betterave, incriminé par Finkelstein, est prescrit quotidiennement en France chez les nourrissons sains ou atteints de troubles digestifs, sans qu'aucun médecin se soit aperçu de ses propriétés soi-disant fébrigènes. Le lactose, évidemment, peut donner de la diarrhée fébrile, mais personne ne l'emploie, du moins dans notre pays, pour traiter les troubles digestifs aigus.

Le babeurre serait responsable d'un certain nombre de fièvres observées dans les pouponnières. Cet accident doit être rare, en tout cas les auteurs n'en ont jamais constaté aucun cas personnellement.

Le lait ordinaire, le lait concentré sucré figurent aussi sur la liste des aliments fébrigènes. En présence d'une élévation de température, il serait cependant logique de penser d'abord et avant tout à une infection. Mais les auteurs allemands voient des fièvres alimentaires même dans les cas les plus authentiques d'infection intestinale ou même parentérale. D'après Finkelstein, un certain nombre de jeunes sujets atteints de pyélite, de grippe présentent une élévation de température en rapport avec l'alimentation, et leur fièvre tombe, quand on les soumet à une diète hydrique. Cette affirmation de l'auteur allemand ne doit aucunement inquiéter le praticien : le premier devoir, en présence d'un nourrisson malade, est de l'alimenter le mieux possible, et de lui donner ainsi le moyen de résister à l'infection. C'est d'ailleurs l'opinion exprimée par Finkelstein lui-même dans son excellent traité de pédiatrie.

Une critique serrée ne laisse pas beaucoup de place à l'alimentation dans la genèse des fièvres observées en clinique. Cependant, il est bien certain que quelques rares enfants âgés de quelques mois présentent de la fièvre quand ils sont alimentés avec du lait sec convenablement étendu d'eau. La *fièvre de lait sec*, décrite par Debré et Semelaigne, présente une individualité clinique très personnelle. Elle survient après quelques jours seulement ; elle s'accompagne d'une certaine agitation, mais sans aucune altération véritable de l'état général ni de l'appétit. Il s'agit d'un dérèglement thermique plutôt que d'une fièvre, et la croissance n'est nullement interrompue. On peut d'ailleurs mettre fin à cette anomalie de la température, soit en augmentant la proportion d'eau ajoutée à la poudre, soit en substituant un lait de vache ordinaire au lait sec.

Il est logique de rapprocher des fièvres alimentaires l'élévation thermique qui accompagne ou précède le scorbut. Due à une carence alimentaire, cette fièvre disparaît quand l'enfant reçoit une quantité surabondante de jus de citron.

Les auteurs allemands rattachent à la fièvre alimentaire les accidents pyrétiques observés parfois après les injections sous-cutanées de sérum glucosé ou salé. On peut se demander s'il existe un critérium clinique permettant de prévoir de tels inconvénients, mais il faut admettre qu'il n'en existe aucun. Les injections de sel, en particulier, donnent des résultats inconstants et contradictoires.

### *Discussion.*

M. le professeur P. Gautier (de Genève) apporte deux exemples de déséquilibre thermique provoqué par l'alimentation. Dans un cas, il s'agissait d'un nourrisson qui avait été considéré comme atteint de broncho-pneumonie. La suppression du lait sec avec lequel il était alimenté amena la cessation de la fièvre et la guérison d'une affection pulmonaire qui n'avait jamais existé. Par la suite, on put à volonté provoquer une forte température chez ce bébé en lui donnant du lait sec à une concentration réputée normale. Au contraire, le lait sec plus dilué ne provoqua aucun trouble.

Chez un second nourrisson, vomisseur habituel, on fut amené à donner pendant un certain temps une alimentation concentrée (fromage dit petit-suisse). A ce régime l'enfant ne vomissait pas, prenait du poids, mais avait une température élevée. Un jour de diète hydrique ramenait celle-ci à la normale.

Enfin, un point à souligner, c'est qu'il n'est pas possible de provoquer ce déséquilibre thermique par excès de protéines ou manque d'eau chez tous les nourrissons. Il y a là une question de terrain ou de prédisposition personnelle dont, quoi qu'on puisse en dire, il faut tenir compte dans l'étude de ces phénomènes.

M. le professeur Lereboullet (de Paris), après avoir souligné l'intérêt des rapports et montré toute la valeur de l'interprétation physiologique apportée par M. Schaeffer, laquelle cadre si bien avec les données fournies par l'étude clinique, estime que les fièvres alimentaires comportent trois groupes. Le premier est constitué par celles étudiées ces dernières années de divers côtés, fièvre de soif, fièvre de sel, fièvre de sucre, qui, à côté de rares faits cliniques, comportent surtout des constatations d'ordre expérimental. Il rappelle toutefois la possibilité de fièvre à la suite de repas trop concentrés, tels ceux donnés aux nourrissons vomisseurs par l'emploi du lait évaporé, qui parfois donnent de la fièvre si on n'a pas la précaution de faire prendre au nourrisson de l'eau en dehors des repas.

Le second groupe comporte surtout la fièvre de lait sec, étudiée en France à la suite des faits de Debré et Semelaigne et d'Aviragnet et P.-L. Marie, exceptionnelle sans doute, mais nette, bien précisée cliniquement et semblant résulter, d'après des faits rigoureusement étudiés, du déséquilibre entre l'alimentation calorigène et l'eau nécessaire à assurer la thermolyse par évaporation et perspiration pulmonaire. C'est cette notion du déséquilibre thermique secondaire au déséquilibre alimentaire que M. Schaeffer a confirmée si nettement en mettant en relief le rôle et l'importance du facteur rénal. Les conclusions de l'école française, purement physiologiques, s'opposent à celles de Finkelstein faisant intervenir l'intoxication et son action sur les centres nerveux.

Un troisième groupe est formé par les fièvres scorbutiques, fièvres alimentaires, puisqu'elles cèdent aux modifications dans l'alimentation, et dont la fièvre préscorbutique est le type le plus significatif. Mais il est trop

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

tôt pour en préciser exactement le mécanisme, bien qu'ici encore il s'agisse d'un déséquilibre alimentaire.

Ces faits de fièvre alimentaire, si rares qu'ils soient, ont un double intérêt : doctrinal, puisqu'ils montrent la réalité de fièvres sans infection et puisqu'ils mettent en relief et l'importance du degré de concentration alimentaire et celle du métabolisme de l'eau chez le nourrisson, — pratique, puisqu'ils établissent l'utilité de diluer suffisamment le lait sec donné à l'enfant, les dangers du sel, surtout sous forme d'injections sous-cutanées souvent pyrétogènes, la nécessité d'une alimentation suffisamment riche en vitamines.

MM. les Drs Forest et René Wolf (de Strasbourg), apportent une étude sur les réactions thermiques observées à l'occasion de régimes comportant une forte concentration des aliments donnés aux nourrissons.

M. le professeur Caussade (de Nancy) a recherché s'il était possible d'isoler la ou les substances pyrétogènes pour le nourrisson atteint de fièvre de lait sec, en opérant sur le régime des substitutions en sel, caséine. Il conclut que ni le sel, ni la caséine isolés, mais leur association avec un régime à concentration aqueuse excessive, sont nécessaires à la production de la fièvre. *(A suivre.)*

Huber.

---

## LE XIIIe CONGRÈS DE LA NATALITÉ

Le XIIIe Congrès national de natalité vient de se tenir à Grenoble, sous la présidence de M. Pernot, ancien ministre.

M. Vieuille, membre du Conseil supérieur de la natalité, a montré, dans un rapport très documenté, les funestes conséquences morales du développement de la propagande malthusienne.

Le Congrès a voté des vœux réclamant des poursuites rigoureuses contre les initiateurs de cette propagande néfaste ; le principe de procès civils à intenter aux auteurs d'ouvrages visés a été adopté.

Le médecin colonel Jullien a fait un intéressant exposé sur la question de la mortalité infantile.

Les causes de la mortalité infantile et de la mortinatalité peuvent, dit-il, se distinguer :

1° En causes économiques qui groupent toutes les circonstances sociales empêchant la femme de se consacrer exclusivement aux soins de ses enfants, l'obligeant à travailler jusqu'au dernier jour de sa grossesse ;

2° En causes psychologiques qui se résument dans l'ignorance des jeunes filles dans toutes les classes sociales qui arrivent au mariage — même celles qui paraissent les plus averties, — ignorant tout des choses de la maternité et de la puériculture ;

3° En causes sanitaires, dont la principale réside dans les erreurs commises dans l'alimentation des enfants, dans l'abandon forcé ou volontaire de l'allaitement maternel, dans des biberons mal préparés et mal réglés.

Enfin les maladies infectieuses auxquelles le nouveau-né est si sensible, les contagions tuberculeuses, la maladie des parents qui s'unissent sans un souci suffisant de leur santé réciproque, les maladies vénériennes, cause importante soit de mortinatalité, soit de stérilité féminine, toutes ces causes apportant leur contingent important parmi les facteurs de la mortalité des enfants.

La lutte contre la mortalité infantile est le facteur le plus accessible du relèvement de la population française.

Pour la sauvegarde de la famille, M. Boverat a fait adopter son cahier de revendications législatives comportant :

1° Adoption du vote familial ;

2° Obligation des allocations familiales ;

3° Généralisation des primes à la natalité et leur relèvement ;

4° Fixation du taux de l'allocation d'encouragement national à 360 francs au troisième enfant ; 540 au quatrième ; 720 à chacun des suivants ;

5° Institution d'une pension de vieillesse aux vieux parents selon le projet de loi Landry ;

6° Admission des orphelins de familles nombreuses dans les pupilles de la nation ;

7° Extension des dégrèvements à tous les impôts départementaux et communaux ;

8° Répression énergique de l'avortement.

Le Congrès a, en outre, demandé :

1° Qu'une loi rende obligatoire l'inspection médicale scolaire pour toutes les écoles de France ;

2° Que ce service soit organisé par le département, et à ses frais, avec la participation de l'Etat ;

3° Que les médecins soient assistés d'infirmières-visiteuses attachées à chaque circonscription ;

4° Qu'en ce qui touche l'éducation physique, souvent faussée par l'abus des sports on revienne aux saines traditions d'une culture physique rationnelle et véritablement profitable.

Enfin, il est à noter que le Congrès a, en séance plénière, discuté un vœu présenté par les commissions catholique et protestante demandant la suppression des maisons de tolérance et la suppression de la réglementation actuelle de la prostitution.

Le Dr Cauchois ayant formulé de vives réserves, le bureau du Congrès a déclaré retirer le vœu en question.



# RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS POUR MALADIES DES ENFANTS

**DIENOL.** — Fe-Mn colloïdaux obtenus par électrolyse. Toutes septicémies. Tous états toxi-infectieux. Administration par voie rectale, au moyen de tubes-doses de 40 centimètres cubes qui donnent des effets aussi rapides et aussi puissants que l'injection hypodermique.

*Laboratoire Depruneaux*, 18, *rue de Beaune, Paris* (*VII*e).

**GERMOSE.** — Gouttes à base de fluoroforme et de bergénite. Spécifique contre la coqueluche, non toxique et de goût agréable.

Sédatif de la toux. Employé dans le traitement des affections des voies respiratoires : grippe pulmonaire, bronchites, pneumonie, adénopathie trachéo-bronchique, etc.

Posologie. — Jusqu'à un an, quatre fois X gouttes ; de un à trois ans, huit fois X gouttes ; de trois à douze ans, huit fois de XV à XX gouttes ; au-dessus : huit fois de XXV à XXX gouttes.

Se prend dans un peu d'eau ordinaire ou sucrée.

*Lebcault et Cie*, 5, *rue Bourg-l'Abbé, Paris.*

**IODALOSE GALBRUN** (iode physiologique assimilable). — Artériosclérose, maladies du cœur et des vaisseaux.

Dose moyenne : de XX à LX gouttes par jour.

*Paris*, 8 *et* 10, *rue du Petit-Musc* (*IV*e).

**IODÉOL EXTERNE.** — Iode colloïdal électrochimique pur, réservé uniquement aux badigeonnages thoraciques dans la grippe, la rougeole, etc., pour éviter les complications pulmonaires dans les affections pulmonaires aiguës et leur convalescence. Plus actif que la teinture d'iode, il contient 20 p. 100 d'iode, et n'est nullement caustique. Il peut être appliqué chaque soir, car il ne brûle pas l'épiderme.

Recouvrir d'ouate et nettoyer à l'alcool avant nouveaux badigeonnages.

*E. Viel et Cie*, 3, *rue Sévigné, Paris.*

**KYMOSINE ROGIER**, à base de ferment lab et sucre de lait purifiés.

Mode d'action. — Rend le lait de vache absolument digestible ; facilite la digestion du lait de femme chez le nouveau-né.

Indications. — Gastro-entérites, dyspepsies infantiles, athrepsie.

Posologie. — Une cuillerée-mesure pour 200 centimètres cubes de lait à 40° ou une pincée avant la tétée.

Chaque flacon est accompagné d'une cuillère-mesure et d'une notice donnant le mode d'emploi détaillé.

*Henry Rogier*, 56, *boulevard Pereire, Paris.*

**MARINOL.** — Reconstituant marin physiologique inaltérable, de goût agréable.

Indications. — Anémie ; lymphatisme ; convalescences ; tuberculoses pulmonaire, ganglionnaire et osseuse.

Posologie. — *Enfants* : 2 à 3 cuillerées à dessert ; *nourrissons* : 2 à 3 cuillerées à café.

*Laboratoires « La Biomarine », à Dieppe.*

**PAPAINE TROUETTE-PERRET.** — Ferment digestif végétal.

Indications. — Gastro-entérites des nourrissons, diarrhées, vomissements.

Doses. — *Enfants* : 2 cuillerées à café après chaque repas.

*Laboratoires Trouette-Perret*, 15, *rue des Immeubles-Industriels, Paris* (*XI*e).

**PAROXYL.** — Gouttes spécifiques contre la *coqueluche.*

Posologie. — Enfants au-dessous d'un an : X à XX gouttes, trois fois par jour.

Enfant de un à cinq ans : XX à LX gouttes, trois fois par jour.

Enfants au-dessus de cinq ans : XX à C gouttes, trois fois par jour.

*Dépôt général : Thiriet et Cie*, 26, *rue des Ponts, Nancy.*

**PROSTHÉNASE GALBRUN.** — Fer et manganèse associés en combinaison organique assimilable ; ne donne pas de constipation. Anémies diverses.

Doses moyennes. — XX à L gouttes pour les adultes.

*Laboratoires Galbrun*, 8 *et* 10, *rue du Petit-Musc, Paris* (*IV*e).

**QUINBY INFANTILE.** — Iodobismuthate de quinine (formule Aubry), est le produit original créé dès le mois de juin 1921.

Suspension huileuse à 10 p. 100.

Ampoules de 1 centimètre cube spéciales pour enfants.

S'administre en injections intramusculaires profondes deux fois par semaine à la dose de 2 dixièmes de centimètre cube par année d'âge.

Indications. — Action remarquable sur toutes les manifestations de l'hérédo-syphilis : pemphigus, altérations osseuses, hépatiques, spléniques. Particulièrement indiqué dans le rhumatisme chronique déformant de l'enfant et dans la maladie de Parrot.

Avantages. — Non toxique. Tolérance parfaite. Injection indolore. Aucune contre-indication.

*Laboratoire Aubry*, 54, *rue de la Bienfaisance, Paris* (*VIII*e).

**SALICAIRINE.** — Tanno-glucoside de la salicaire. Spécifique de toutes les diarrhées infantiles, diarrhée verte, choléra infantile, gastro-entérite. Solution titrée à 5 p. 100 de glucoside. LXXX à C gouttes par jour dans un peu d'eau bouillie sucrée.

*E. Viel et Cie*, 3, *rue de Sévigné, Paris.*

**SODERSÉINE (COQUELUCHE).** — Bismuth colloïdal électrolytique.

Traitement de la coqueluche.

N'ayant aucune saveur, ni aucune toxicité.

Seule médication possible pour les plus jeunes nourrissons atteints de coqueluche.

*Pharmacie Depruneaux*, 18, *rue de Beaune, Paris.*

*Dépôt* : *Pharmacie Vicario*, 17, *boulevard Haussmann, Paris.*

# RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS POUR MALADIES DES ENFANTS *(Suite)*

**SUPPOSITOIRES CORBIÈRE A BASE D'ARSÉNOBENZOL** (606) rigoureusement titré à 30 p. 100 As pur.

DOSES. — Suppositoires pour enfants : 0gr,03 d'arsénobenzol par suppositoire ; suppositoires pour nourrissons : 0gr,01 d'arsénobenzol par suppositoire (en boîtes de six).

INDICATIONS. — Hérédo-syphilis.

MODE D'EMPLOI. — 2 à 3 suppositoires par semaine, par séries de 24.

*Laboratoires pharmaceutiques Corbière, 27, rue Desrenaudes, Paris.*

# RÉPERTOIRE DES ALIMENTS POUR ENFANTS

**ALIMENTATION DES ENFANTS SAINS ET MALADES.** — Grâce à la série spéciale des produits Heudebert (boîtes de fer), l'alimentation des enfants est à la fois agréable, variée et rationnelle.

**SOUPE D'HEUDEBERT**, à base de gruaux de blé, sélectionnés et dextrinés, aliment de choix très assimilable.

**CRÈMES DE CÉRÉALES ET FARINES DE LÉGUMINESES HEUDEBERT,** spécialement étudiées pour la préparation rapide des bouillies et purées, apportant les éléments vivants naturels des grains (avoine, orge, blé vert, pois, haricots, lentilles, etc.).

**FARINE LACTÉE HEUDEBERT**, composé homogène de lait, de sucre et farine ; à préparer à l'eau dans tous les cas d'intolérance ou de dégoût du lait.

**FARINE DE MALT HEUDEBERT**, contient l'intégrité de la diastase de l'orge germée et facilite l'assimilation de toutes les substances amylacées.

**NERGINE HEUDEBERT**, farine de germe de blé spécialement préparée ; excellent complément de la farine lactée ; stimule les fonctions vitales de l'organisme.

**BOUILLON DE LÉGUMES DU Dr MÉRY ET BOUILLON VÉGÉTAL DU Dr COMBY**, mélanges préparés : diarrhées infantiles et gastro-entérites.

**AVENA**, dessert à l'avoine, et **RÉGIMETTE**, délicieux gâteau sec lacté : à l'époque des premières dents.

**DÉJEUNER HEUDEBERT**, déjeuner au cacao, phosphaté, d'une finesse de goût incomparable, d'une digestibilité parfaite.

*Heudebert, 85, rue Saint-Germain, à Nanterre (Seine).*

**BLÉDINE JACQUEMAIRE.** — Aliment complet assimilable avec le minimum de travail digestif. Modificateur de la flore intestinale et régulateur des sécrétions digestives.

Complément nécessaire du lait de vache, dans l'allaitement mixte ou artificiel, par ses facteurs de croissance. Aliment reconstituant.

*Etablissements Jacquemaire, Villefranche (Rhône).*

**DRYCO.** — Lait spécial pour nourrissons.

*B. Duhamel, 3, rue Saint-Roch, Paris.*

**FARINE LACTÉE DIASTASÉE « SALVY ».** — Soigneusement diastasée en cours de fabrication, la farine Salvy est l'aliment de régime du nourrisson, l'aliment de transition dans les cas suivants : insuffisance de l'allaitement, intolérance lactée, gastro-entérite, sous-alimentation.

Les bouillies diastasées de farine Salvy se préparent en dix minutes, sans précaution spéciale, soit à l'eau, soit à l'eau et au lait par moitié, selon l'état digestif de l'enfant.

*Farine Salvy, 4, rue Lambrechts, à Courbevoie (Seine).*

**FARINES MALTÉES JAMMET.** — Très faciles à digérer grâce au maltage, très nutritives sous un volume réduit, conservent l'intégralité des sels minéraux, phosphates organiques et vitamines des céréales.

*Permettent seules l'alimentation progressive et variée des enfants suivant l'âge.*

A partir du sixième mois : Arrow-root malté, Féculose, Rizine, Aristose.

A partir du neuvième mois : Les précédentes et de plus : Cérémaltine, Orgéose, Gramenose, Bléose.

A partir du treizième mois : Les précédentes et de plus : Avenose, Zéose, Castanose, Bananose, Nucléose.

A partir du dix-huitième mois : Les précédentes et de plus : Lentilose, Crème de pois, Aricose.

*Etablissements Jammet, 47, rue de Miromesnil, Paris (VIIIe).*

**FARINE MALTÉE MILO.** — Produit diététique à base de farine de froment et de malt. Ne contient pas de lait. Recommandée pour les enfants et adultes atteints d'affections gastro-intestinales, dyspepsies, gastro-entérites.

*Société Nestlé, 6, avenue Portalis, Paris (XVIIIe).*

**PHOSPHATINE FALIÈRES.** — Aliment recommandé au moment du sevrage et pendant la croissance.

1, *quai Aulagnier, à Asnières (Seine).*

# RÉPERTOIRE DES MAISONS DE SANTÉ

**LA PLAGE D'HYÈRES** (Var). Station P.-L.-M. — Institut hélio-marin (C. Jaubert). Enfant et jeunes filles. Anémie, lymphatisme et toutes tuberculoses externes. Ni pulmonaires, ni contagieux. Depuis 13 francs par jour.

**SANATORIUM DE SAINT-JEAN-DE-DIEU,** au Croisic (Loire-Inférieure). — Traitement marin pour enfants et jeunes gens (de six à dix-huit ans). Pour les conditions, s'adresser à M. le Directeur.

# NOUVELLES

**Cours de clinique chirurgicale de l'Hotel-Dieu** — M. le professeur BERNARD CUNÉO commencera son cours de clinique chirurgicale, le mardi 10 novembre, à 10 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Mardi, 10 heures : Examens cliniques et présentation de malades à l'amphithéâtre, par le professeur ;

Samedi, 10 heures : Leçon clinique à l'amphithéâtre, par le professeur.

Opérations, à 9 h. 30, lundi (côté ouest) et vendredi (côté est), par M. Cunéo ; mardi et jeudi (côté est), par M. Bloch ; mercredi et vendredi (côté ouest), par M. Sénèque.

Du lundi 10 novembre au samedi 20 décembre, tous les matins, à 8 h. 30 : Cours de séméiologie élémentaire et de petite chirurgie, par MM. Bloch et Sénèque, chirurgiens des hôpitaux ; Meillère et Banzet, chefs de clinique ; par M. Rachet, ancien chef de clinique à la Faculté, et par M. Nicolas, chef du laboratoire.

Consultations, pour les malades justiciables d'un traitement par les rayons X ou le radium, lundi à 15 heures.— Opérations, jeudi matin à 9 h. 30 (côté ouest), par M. le professeur Hartmann.

**Cours de neurologie (Hopital de la Pitié).** — M. le professeur LAIGNEL-LAVASTINE a commencé ses leçons de clinique annexe avec présentation de malades le mercredi 4 novembre, à 10 heures, et les continuera tous les mercredis à la même heure.

OBJET DU COURS : *Neurologie*. — Horaire du service : tous les matins à 9 heures : Visite.

*Lundi à* 10 *heures*. — Examens endocrino-sympathologiques : M. Largeau.

*Lundi à* 11 *heures*. — Conférence clinique.

*Mardi à* 10 *heures*. — Consultation de neurologie : M. Laignel-Lavastine.

*Mercredi à* 10 *heures*. — Leçon clinique : M. Laignel-Lavastine.

*Jeudi à* 10 *heures*. — Consultation de neuro-psychiatrie infantile : M. Fay.

*Vendredi à* 10 *heures*. — Consultation neuro-psychiatrique : M. Vinchon.

*Vendredi à* 11 *heures*. — Clinique psychiatrique : M. Pierre Kahn.

*Samedi à* 10 *heures*. — Consultation de neurologie (anciens malades) : M. Laignel-Lavastine.

**Cours de puériculture.** — La douzième année des cours de puériculture que l'Entr'aide des Femmes françaises organise sous la haute direction du Dr Devraigne, accoucheur des hôpitaux, et dont le succès est toujours grandissant, commencera le lundi 9 novembre 1931, par une conférence à la Sorbonne, et se poursuivra tous les lundis jusqu'au 14 mars.

Au programme, 29 conférences par les professeurs et les médecins les plus qualifiés, et un stage pratique dans les pouponnières de Boulogne-sur-Seine et de Fontenay-sous-Bois.

Inscriptions et renseignements à l'Eentr'aide des Femmes françaises, 99, rue de Prony, Paris (XVIIe).

**Cours élémentaire de neuro-psychiatrie appliquée à l'enseignement des enfants anormaux.** — Le professeur Henri CLAUDE, assisté de MM. les Drs Roubinovitch, Paul-Boncour, Gilbert Robin, Le Guillan, Fay et Mlle le Dr Serin, commencera ce cours le mardi 10 novembre, à 17 heures, à la Faculté de médecine, salle Pasteur, et le continuera les mardis à la même heure.

OBJET DU COURS. — Les maladies nerveuses de l'enfant. — Etude du premier développement neuro-psychique et sensoriel de l'enfant. — L'enfant à l'âge scolaire, troubles du développement intellectuel. — Troubles du caractère, de la moralité. — Les types synthétiques de petits anormaux. — Etiologie des troubles du caractère. — Le dépistage des anormaux.

**Clinique des maladies du système nerveux.** — M. le professeur Georges GUILLAIN commencera son cours de clinique le vendredi 13 novembre, à 10 h. 30, à l'hospice de la Salpêtrière (amphithéâtre de la clinique Charcot). Il continuera son enseignement les mardis, à 10 heures (policlinique à la salle de consultations externes de l'hôpital), et les vendredis à 10 h. 30 (amphithéâtre de la clinique Charcot).

Tous les matins, à 9 h. 15, conférence de séméiologie, par M. Th. Alajouanine, agrégé ; MM. Bize, Michaux, Rouquès, Thurel, chefs de clinique ; MM. Darquier, Mathieu, Mollaret, Périsson, Schmite, Thévenard, anciens chefs de clinique. A 10 h. 30, examen et présentation de malades par le professeur.

Examens de psychiatrie par M. N. Péron, les mercredis et samedis, à 10 heures.

Démonstrations biologiques, examens du liquide céphalo-rachidien, par M. Garcin, médecin des hôpitaux chef du laboratoire de biologie, le jeudi à 10 heures.

Démonstrations d'anatomie pathologique, par M. Iva Bertrand, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, le lundi, à 10 heures.

Examens d'électro-diagnostic et démonstrations électro-physiologiques, par M. G. Bourguignon, chef du service d'électro-radiothérapie de la Salpêtrière, les jeudis et samedis, à 10 heures.

Examens de neurologie oculaire, par M. Lagrange, ophtalmologiste des hôpitaux, le samedi à 10 heures.

Examens otologiques, par M. Aubry, laryngologiste des hôpitaux, le mercredi à 10 heures.

Des cours complémentaires et de perfectionnement de neurologie seront faits en mars et octobre 1932.

Un cours de séméiologie du système nerveux sera fait par M. Th. Alajouanine en mai 1932.

Un cours sur la séméiologie et la pathologie des nerfs craniens sera fait en février 1932 par M. Garcin, médecin des hôpitaux.

Un cours complémentaire d'anatomie pathologique et de technique sera fait par M. Ivan Bertrand en juin 1932.

**Leçons d'embryologie.** — M. GIROUD, agrégé, a commencé une série de leçons d'embryologie, le jeudi 6 novembre 1931, à 18 heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et les continue tous les jours suivants à la même heure, jusqu'à l'achèvement du programme, les lundis, mercredis et vendredis à l'amphithéâtre Vulpian, et les mardis, jeudis et samedis au grand amphithéâtre de l'École pratique.

Embryologie générale : Eléments sexuels et fécondation. — Segmentation. — Gastrulation. — Feuillets blastodermiques. — Esquisse du développement général de l'embryon. — Annexes.

**Conférences de radio-diagnostic et d'électrothérapie des affections du tube digestif (Hopital Beaujon).** —

# NOUVELLES *(Suite)*

Le Dr Pierre Porcher, électro-radiologiste des hôpitaux, chef adjoint du service de radiologie de l'hôpital Beaujon, fera tous les samedis à 10 heures, à partir du 7 novembre, des conférences de radiologie clinique et d'électrothérapie des affections de l'intestin grêle et du gros intestin.

Ces conférences, qui ne comportent aucun droit d'inscription, seront faites dans le service du Dr Aubourg et serint accompagnées de projection des clichés, de présentation de malades et de démonstrations de technique électrothérapique.

*Samedi 7 novembre* : Examen radiologique de l'intestin grêle. Morphologie et physiologie normale. L'anse terminale et ses variations topographiques.

*Samedi 14 novembre* : Sténoses du grêle. Sténoses pré-cæcales : leur valeur symptomatique.

*Samedi 21 novembre* : Les signes iléaux dans les syndromes appenduculaires : le cæcum de l'appendicite chronique.

*Samedi 28 novembre* : La radiologie d'urgence dans les affections du tube digestif ; l'ulcère perforé, l'invagination intestinale, l'occlusion aiguë.

*Samedi 6 novembre* : L'électrothérapie d'urgence dans les affections du tube digestif ; lavement électrique (démonstrations pratiques).

*Samedi 12 décembre* : Technique moderne de l'examen radiologique du côlon : méthode de Fischer, étude des plis (avec démonstrations).

*Samedi 19 décembre* : Le volvulus cæcal, les ectopies coliques.

*Samedi 9 janvier* : Les périviscérites du carrefour supérieur et en particulier les péricolites angulaires droites.

*Samedi 61 janvier.* — Eléments du diagnostic différentiel du cancer et de la colite.

*Samedi 23 janvier* : Le grêle et le côlon après intervention chirurgicale : la gastro-entérostomie, les gastrectomies, les anastomoses de dérivation. Les dilatations compensatrices (après colectomie).

*Samedi 30 janvier* : Traitement électrothérapique des colites par l'ionisation (avec démonstrations).

**Cours de chimie médicale.** — M. le professeur A. Desgrez, membre de l'Institut, commencera une série de leçons de chimie appliquée à la médecine les mardi, jeudi, et samedi de chaque semaine, à 17 heures (amphithéâtre Vulpian), à partir du samedi 14 novembre inclusivement.

Des exercices pratiques auront lieu, sous la direction de M. Henri Labbé, agrégé, chef de travaux, aux jours et heures indiqués à l'horaire des travaux pratiques, et porteront sur les matières enseignées au cours théorique.

**Cours de pathologie chirurgicale.** — M. DE GAUDART D'ALLAINES, agrégé, a commencé son cours le jeudi 5 novembre 1931, à 17 heures, et le continue les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure, au petit amphithéâtre de la Faculté.

PROGRAMME. — Affections chirurgicales de la tête, du cou et des organes génitaux de l'homme.

**Conférences d'anatomie descriptive.** — M. E. OLIVIER, agrégé, a commencé ces conférences, le jeudi 5 novembre 1931, à 16 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continue les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

*Sujet des conférences* : Anatomie de la tête, du cou et du thorax.

**Chaire de thérapeutique.** — 1° COURS DE THÉRAPEUTIQUE. — M. le professeur MAURICE LŒPER commencera son cours le jeudi 12 novembre 1931, à 17 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mardis et jeudis suivants, à la même heure et au même amphithéâtre.

*Sujet* : Le traitement des maladies du poumon, du cœur, des vaisseaux et des reins.

2° CONFÉRENCES DE THÉRAPEUTIQUE. — M. le Dr P. Harvier, agrégé, fera ses conférences les lundis, mercredis et vendredis, à partir du vendredi 13 novembre 1931, à 17 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté.

*Sujet* : Le traitement des maladies infectieuses, du tube digestif et du système nerveux.

Des cours complémentaires de thérapeutique cardiologique, de diététique et de physiothérapie auront lieu les vendredis et samedis en décembre, janvier et février.

**Cours de pathologie médicale.** — M. A. CLERC, professeur, commencera son cours le vendredi 13 novembre, à 18 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

OBJET DU COURS. — Pathologie du cœur (insuffisance du cœur, péricardites, endocardites, lésions valvulaires).

I. *Cours pratique complémentaire* (pathologie du cœur et des vaisseaux). — M. A. Clerc et ses assistants feront, à partir du 15 novembre et durant le mois de décembre, à l'hôpital Lariboisière (salle Rabelais), un cours pratique complémentaire et gratuit selon le programme ci-dessous :

Le lundi, à 10 heures : Visite des malades dans les salles ;

Le mardi, à 10 heures : Consultation externe, polyclinique ;

Le mercredi, à 10 heures : Visite des malades dans les salles ;

Le jeudi, à 10 heures : Visite des malades ; à 11 heures, leçon théorique par l'un des assistants;

Le vendredi, à 10 heures : Radioscopie, électrocardiographie ;

Le samedi, à 10 heures : Visite des malades ; à 11 heures, leçon clinique ou démonstration au laboratoire.

II. Un *cours de perfectionnement* sur les maladies du cœur et des vaisseaux commencera au début de janvier 1932, et sera ultérieurement annoncé par une affiche spéciale.

**Cours de pathologie médicale.** — PREMIÈRE SÉRIE (novembre-décembre) : M. Clerc, professeur : Maladies du cœur (insuffisance cardiaque, péricardites, endocardites, lésions valvulaires).

M. Paul Chevallier, agrégé : Pathologie du globule rouge, maladies hémorragipares, maladies de la rate.

DEUXIÈME SÉRIE (janvier-février). — M. Pasteur Vallery-Radot, agrégé : Maladies infectieuses.

M. Donzelot, agrégé : Affections du myocarde, arythmies.

M. Clerc commencera son cours le vendredi 13 novembre 1931, à 18 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

# NOUVELLES *(Suite)*

M. Chevallier commencera ses leçons le jeudi 12 novembre, à 18 heures, et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre Vulpian.

**Hygiène et clinique de la première enfance.** — M. le professeur P. Lereboullet reprendra ses leçons cliniques le mercredi 18 novembre, à 10 h. 30, à l'hospice des Enfants-Assistés (74, rue Denfert-Rochereau) et les continuera les mercredis suivants, à la même heure. L'enseignement des stagiaires a commencé le mardi 3 novembre.

*Organisation de l'enseignement.* — Le lundi, à 11 heures, conférences d'actualité pédiatrique par les chefs et anciens chefs de clinique et par les assistants du service. — Le mardi, à 10 h. 45, policlinique au pavillon Pasteur. — Le mercredi, à 10 h. 45, leçon clinique par le professeur. — Le jeudi, à 10 heures, conférences d'hygiène et de pathologie du premier âge aux stagiaires ; à 11 heures, consultation de nourrissons et policlinique. — Le vendredi, à 10 h. 45, conférence de diététique et de thérapeutique du nourrisson (avec présentation de malades). — Le samedi, à 10 h. 45, consultation de nourrissons et policlinique.

Tous les matins, à 10 heures, visite dans les salles de médecine et les nourriceries.

En outre, pendant le semestre d'hiver, le jeudi, de 9 à 11 heures (pour les dames et les jeunes filles) sera fait un enseignement pratique de puériculture. S'inscrire pour cet enseignement spécial au laboratoire.

**Clinique chirurgicale Cochin.** — M. le professeur Pierre Delbet commencera son cours de clinique chirurgicale, le jeudi 12 novembre 1931, à 10 heures du matin, et le continuera les jeudis et samedis suivants, à la même heure.

**Cours libre sur l'assistance médico-sociale.** — M. P.-F. Armand-Delille commencera le mercredi 4 novembre 1931, à 6 heures du soir, à la Sorbonne (amphithéâtre Michelet), et continuera les mercredis suivants, à la même heure, une série de conférences sur l'assistance médico-sociale et l'organisation du service social.

*Programme du cours.* — L'assistance médico-sociale. Son origine, son but. Nécessité de l'organisation systématique du service social dans les collectivités contemporaines et d'une préparation spécialisée de ceux qui veulent s'y consacrer. — Les grands problèmes médico-sociaux. — Manière de procéder aux enquêtes. — Assistance aux tuberculeux adultes et enfants. — Préservation de l'enfance contre la tuberculose. — Assistance prénatale et protection de la première enfance. — Assistance à l'enfance et à l'adolescence, aux arriérés, anormaux, délinquants. — Assistance médico-sociale dans la lutte contre l'alcoolisme, la syphilis, le cancer. — Service social dans les hôpitaux. — Les foyers familiaux. — Assistance aux familles nombreuses : amélioration du logement et des conditions de vie. — Assistance ouvrière : les surintendantes d'usine. — Les centres sociaux. — Orientation professionnelle. — Rôle des ingénieurs spécialisés pour le service social. — Rôle de l'assistance médico-sociale dans la formation et l'éducation de la conscience collective. — Les écoles du service social. — Enseignement et préparation des assistantes sociales ; les qualités requises. — Les résultats obtenus par le développement du service social en France et à l'étranger.

**Physiologie.** — M. le professeur Léon Binet a commencé son cours le vendredi 6 novembre, à 16 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, et le continue les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

*Objet du cours* : Les fonctions de nutrition et de reproduction.

Une série de conférences pratiques commencera le lundi 16 novembre au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, à 14 heures. Ces conférences, qui auront lieu tous les lundis, seront réservées aux étudiants de deuxième année et porteront sur des questions du programme de l'examen de fin d'année.

**Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales (Chaire de physique médicale : professeur, M. André Strohl, et Institut du radium : directeurs, Mme P. Curie et Dr Cl. Regaud).** — Cet enseignement est organisé avec la collaboration des médecins électroradiologistes des hôpitaux de Paris.

*Première partie.* — I. Cours. — *Physique des rayons X, Radioactivité, Technologie.* — Samedi 7 novembre. — M. A. Strohl : Nature et propriétés générales des rayons X.

Lundi 9 novembre. — M. A. Strohl : Absorption des rayons X. Filtres.

Mardi 10 novembre. — M. A. Strohl : Emission des rayons X.

Jeudi 12 novembre. — M. Dauvillier : Tubes à gaz. Soupapes. Régulateurs.

Vendredi 13 novembre : M. Dauvillier : Tubes Coolidge. Lilienfelt. Kénotrons.

Samedi 14 novembre. — M. Ferroux : Principaux types d'appareillages radiologiques.

Lundi 16 novembre. — M. Ferroux : Montages. Dispositifs de protection.

Mardi 17 novembre. — M. Dognon : Quantitométrie des rayons X.

Mercredi 18 novembre. — M. Holweck : Analyse du rayonnement X.

Jeudi 19 novembre : (*) M. Joliot : Le rayonnement des radio-éléments.

Vendredi 20 novembre : M. Holweck : Purification et extraction du radon.

Samedi 21 novembre : (*) Mme Joliot-Curie : La chimie des radio-éléments.

Mardi 24 novembre. — (*) M. Laporte : Les mesures en radioactivité.

*Radiodiagnostic.* — Mercredi 25 novembre. — M. Ledoux-Lebard : Le radiodiagnostic (généralités, principes, rapports avec la clinique, examen des malades).

Jeudi 26 novembre. — M. Haret : Technique de la radioscopie.

Vendredi 27 novembre. — M. Haret : Technique de la radiographie.

Samedi 28 novembre. — M. Dioclès : La stéréoradiographie.

Lundi 30 novembre. — M. Zimmern : Corps étrangers et localisation.

Mardi 1er décembre. — M. Ledoux-Lebard : Système osseux. Os et articulations.

Mercredi 2 décembre. — M. Ledoux-Lebard : Système osseux. Os et articulations.

# NOUVELLES *(Suite)*

Jeudi 3 décembre. — M. Ledoux-Lebard : Système osseux. Os et articulations.

Vendredi 4 décembre. — M. Maingot : Crâne. Face. Œsophage.

Lundi 7 décembre. — M. Belot : Dents.

Mardi 8 décembre. — M. Bordet : Cœur. Aorte. Vaisseaux.

Mercredi 9 décembre. — M. Bordet : Cœur. Aorte. Vaisseaux.

Jeudi 10 décembre. — M. Delherm : Poumons. Plèvre. Médiastin.

Vendredi 11 décembre. — M. Delherm : Poumon. Plèvre. Médiastin.

Samedi 12 décembre. — M. Delherm: Poumons, Plèvre Médiastin.

Lundi 14 décembre. — M. Maingot : Estomac normal.

Mardi 15 décembre. — M. Maingot : Estomac pathologique.

Mercredi 16 décembre. — M. Maingot : Estomac pathologique.

Jeudi 17 décembre. — M. H. Béclère : Duodénum.

Vendredi 18 décembre. — M. H. Béclère : Foie. Rate. Pancréas.

Samedi 19 décembre : M. H. Béclère : Pneumopéritoine.

Lundi 21 décembre. — M. Aubourg : Intestin grêle. Côlon.

Mardi 22 décembre. — M. Aubourg : Intestin grêle. Côlon.

Mercredi 23 décembre. — M. Belot : Appareil urinaire.

Lundi 4 janvier. — M. Belot : Appareil urinaire.

Mardi 5 janvier. — M. Belot : Appareil génital. Grossesse.

Mercredi 6 janvier. — M. Ledoux-Lebard : Interprétation et causes d'erreur.

Les leçons auront lieu à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine, à 18 heures, sauf celles marquées d'une astérique, qui auront lieu à l'ampthithéâtre du laboratoire de physique de l'Institut du radium, 1, rue Pierre-Curie, à 17 heures.

II. Démonstrations. — a. *Physique. Technologie.* — Samedi 7 novembre. — M. Ph. Fabre : Les mesures électriques.

Lundi 9 novembre. — M. A. Dognon : Induction. Bobines.

Mercredi 11 novembre. — M. A. Dognon : Courant alternatif. Transformateurs.

Vendredi 13 novembre. — M. A. Dognon : Générateurs. Moteurs.

b. *Radiodiagnostic.* — Des présentations de radiographies se rapportant aux sujets du cours seront faites par MM. Lepennetier, Morel-Kahn, Porcher, Serrand, R. Lehmann, Moret et Cl. Béclère, électroradiologistes, assistants et ancien interne des hôpitaux.

Ces démonstrations auront lieu à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine de Paris, à 17 heures.

Les dates des démonstrations de radiodiagnostic seront annoncées au cours.

III. Travaux pratiques. — Des exercices pratiques portant sur la rachnique radiologique auront lieu au laboratoire de physique de la Faculté de médecine, sous la direction de M. Turchini, chef des travaux de physique. Des visites d'usines compléteront la série des exercices pratiques.

IV. Stages. — Pendant la première partie du cours, les élèves accompliront un stage de radiodiagnostic dans l'un des services suivants :

MM. Aubourg, hôpital Beaujon, Service d'électroradiologie ; Beaujard, hôpital Bichat, Service de radiologie ; Henri Béclère, hôpital de Vaugirard, laboratoire de radiologie du professeur Pierre Duval ; J. Belot, hôpital Saint-Louis, Service central d'électroradiologie ; Darbois, hôpital Tenon, Service de radiologie ; Delherm, hôpital de la Pitié, Service d'électroradiologie ; Duhem, hôpital des Enfants-Malades, Service d'électroradiologie ; Haret, hôpital Lariboisière, Service d'électroradiologie ; Lagarenne et Dioclès, Hôtel-Dieu, clinique médicale du professeur Carnot ; Ledoux-Lebard, chargé de cours de radiologie clinique, hôpital de la Salpêtrière, laboratoire de radiologie du professeur Gosset ; Maingot, hôpital Laennec, Service d'électroradiologie ; Ronneaux, hôpital de la Charité, Service d'électroradiologie ; Solomon, hôpital Saint-Antoine, Service de radiologie ; Zimmern, agrégé, Institut municipal d'électroradiologie.

**Thèses de la Faculté de médecine de Paris.** — 6 *Novembre.* — M. Jungine (Pierre), Contribution à l'étude de la loi des assurances sociales (L'assurance maladie, l'assurance maternité, leur fonctionnement, les premiers résultats). — M. Henry Bordier, Contribution à l'étude du retentissement urétéral possible de certaines interventions, principalement gynécologiques (les blessures de l'uretère exceptées).

## MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

7 Novembre. — *Paris.* Sorbonne, séance de rentrée de l'Université.

7 Novembre. — *Paris.* Faculté de médecine, fermeture à midi de tous les services pour la séance de rentrée de l'Université.

7 Novembre. — *Paris.* Restaurant du Bœuf à la mode (7, rue de Valois). Dîner du Caducée normand.

9 Novembre. — *Angers.* Concours de stomatologiste des hôpitaux d'Angers.

10 Novembre. — *Paris.* Ministère de la Guerre (troupes coloniales). Dernier délai d'inscription des candidats à la chaire d'hygiène militaire, tropicale et sociale à l'École d'application du service de santé des troupes coloniales

10 Novembre. — *Bordeaux.* Hôpitaux de Bordeaux. Concours pour une place de médecin résidant à l'hospice général.

12 Novembre. — *Paris.* Société végétarienne (mairie du VI[e]), 20 h. 30. M. le D[r] Legrain : La vie simple.

13 Novembre. — *Rouen.* Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Rouen.

14 Novembre. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades. Clinique médicale des enfants, 10 heures : Leçon clinique par le professeur Nobécourt.

15 Novembre. — *Paris.* Société de radiologie. M. Dariaux. Dernier délai d'envoi des thèses présentées pour un prix.

16 NOVEMBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Concours de chirurgien adjoint des hôpitaux de Versailles.

16 NOVEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Dernier délai de dépôt des mémoires pour le prix Civiale.

16 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Tenon. Réunion du la Société de laryngologie des hôpitaux de Paris.

16 NOVEMBRE. — *Paris.* Concours d'assistant en médecine et en chirurgie des hôpitaux coloniaux.

17 NOVEMBRE. — *Bordeaux.* Hôpitaux de Bordeaux. Concours de l'internat en pharmacie.

17 NOVEMBRE. — *Paris.* Faculté de pharmacie. Concours de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Tours.

18 NOVEMBRE. — *Paris.* Concours d'assistant de bactériologie et d'électro-radiologie des hôpitaux coloniaux.

23 NOVEMBRE. — *Toulon.* Concours de l'internat des hôpitaux de Toulon.

26 NOVEMBRE. — *Paris.* Société végétarienne (mairie du VI[e]), 20 h. 30. M. le D[r] Jules GRAND, Hygiène de la peau. Pureté du corps. M. le D[r] FAUVEL : La neurasthénie. Comment la prévenir ? Comment la traiter ?

27 NOVEMBRE. — *Besançon.* Dernier délai d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Besançon.

30 NOVEMBRE. — *Nîmes.* Dernier délai d'inscription des candidats au concours de l'internat de l'hôpital Ruffi.

1[er] DÉCEMBRE. — *Strasbourg.* Comité de direction de la caisse d'assurances des employés, 9 *bis*, rue de Genève. Dernier délai des candidatures au poste de médecin-chef du sanatorium de Salem à Aubure-Fréland.

3 DÉCEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Concours de médaille d'or de chirurgie.

4 DÉCEMBRE. — *Nîmes.* Concours de l'internat en médecine de l'hôpital Ruffi.

7 DÉCEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription pour le concours d'électroradiologiste des hôpitaux de Paris.

7 DÉCEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du concours de médaille d'or de médecine.

10 DÉCEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Dernier délai pour les candidatures aux postes vacants d'assistants de consultations de médecine et de chirurgie des hôpitaux de Paris.

# CHRONIQUE DES LIVRES

***Les premiers jours du nouveau-né***, par les D[rs] MARCEL METZGER, professeur agrégé à la Faculté, accoucheur des hôpitaux de Paris, et ANDRÉ HÉRAUX, ancien interne des hôpitaux. Un vol. in-8° de 444 pages. Prix : 40 francs (*Gauthier Villars et C[ie]*, 1931).

A la récente Conférence internationale de pédiatrie préventive de La Haye était exprimé le vœu que les soins à donner aux nouveau-nés soient l'objet d'un enseignement spécial donné aux étudiants, aux sages-femmes et aux infirmières et voici que paraît un excellent petit traité qui, précisément, expose l'élevage du nouveau-né dans les jours qui suivent la naissance. En l'écrivant, ses auteurs ont voulu contribuer à la *lutte contre la mortalité et la morbidité précoces*. Dans cette *période de transition* entre la vie intra-utérine et la vie extérieure, il y a toute une *puériculture post-natale immédiate*. C'est elle que MM. Metzger et Héraux ont en vue. On trouvera dans les trois parties de leur ouvrage, concernant le nouveau-né normal, le nouveau-né malade et les manifestations cliniques de l'hérédité pathologique, une série de notions cliniques et thérapeutiques précieuses, basées sur leur expérience personnelle. Ce petit traité, qui vient à l'heure propice, bien écrit et bien présenté, aura le succès le plus mérité.

P. LEREBOULLET.

***Héliothérapie, actinothérapie et stérols irradiés***, par P.-F. ARMAND-DELILLE. Un vol. in-8° de 192 pages avec 84 figures (*Masson*, 1931).

Nous avons dit ailleurs la valeur et l'intérêt de l'ouvrage que notre collègue et ami Armand-Delille a consacré à l'héliothérapie et à ses diverses applications. Sur cette question qu'il connaît si bien, il apporte les précisions les plus utiles, montrant ce qu'est l'héliothérapie, en montagne, au bord de la mer, à la campagne, comment elle doit être mise en œuvre dans les diverses localisations de la tuberculose, dans le rachitisme, comment elle doit entrer dans l'éducation physique, quelles sont, à côté d'elle, les ressources de l'actinothérapie et des stérols irradiés. Ce livre, agréable et utile à lire, très clairement présenté, très actuel, mérite l'attention de tous.

P. LEREBOULLET.

# CHRONIQUE DES LIVRES *(Suite)*

***Guide pratique de la mère les deux premières années de l'enfant***, par P. Rudaux et Ch. Montet. Un volume de 176 pages avec nombreuses figures. 2e édition. Prix 15 francs. (*Masson et Cie édit., à Paris*).

Le petit volume de P. Rudaux et Montet a eu un grand succès lors de son apparition, dû à ses qualités de clarté et de concision, et une nouvelle édition a été nécessaire. Elle a été modifiée et complétée sur de nombreux points et ce petit volume constitue bien un guide pratique, renfermant les notions élémentaires de puériculture et permettant non seulement aux mères, mais aussi aux nurses, aux gardes, aux sages-femmes de donner aux tout petits les soins compétents nécessaires.

P. L.

***Clinique médicale des Enfants. Affections des organes hémo-lymphopoïétiques et du sang***, par le professeur Nobécourt. Un vol. in-8° de 432 pages. Prix 60 francs. (*Masson*, 1931).

Dans ce huitième volume de leçons cliniques, le professeur Nobécourt a groupé une série de fort intéressants exposés sur les affections des organes hémo-lymphopoïétiques et du sang.

Il commence par étudier les anémies des nourrissons hérédosyphilitiques, l'anémie scorbutique et l'avitaminose, les anémies graves de la première enfance, les divers types d'anémie splénomégalique.

Puis viennent quelques leçons sur les purpuras chroniques de l'enfance, le syndrome de Werlhof, les purpuras à pneumocoques, les purpuras et les néphrites, l'hémophilie.

Une leçon a trait à l'ictère hémolytique congénital, une autre aux ménorragies et métrorragies de la puberté.

Les adénopathies cervicales du cou et leur diagnostic, le lymphome tuberculeux du cou font l'objet de leçons très étudiées.

Le volume se termine par plusieurs leçons consacrées à la lymphogranulomatose maligne et à ses diverses formes.

Cette énumération montre la variété et l'intérêt des sujets exposés. Le professeur Nobécourt y étudie chaque malade avec soin, discute le diagnostic et le pronostic, analyse les problèmes d'étiologie et de pathogénie qu'ils posent, fixe les bases du traitement. On retrouve dans ce livre les qualités de méthode, de précision, de clarté qui ont fait le succès des précédents, et le lecteur lui réservera le même accueil favorable.

P. Lereboullet.

***Les Assurances sociales.*** *Guide à l'usage du Corps médical*, par le Dr O. Crouzon, médecin des hôpitaux de Paris, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique à Paris. Un vol de 214 p. Prix 12 francs. (*Masson et Cie, édit., Paris*).

Cet ouvrage n'est pas une œuvre de polémique, ni de critique sur la question des assurances sociales ; il a pour but de faire connaître aux médecins le mécanisme exact de la loi du 5 avril 1928, modifiée par les lois du 5 août 1929 et du 30 avril 1930.

La lecture de la loi est difficile : d'abord, parce que bien des articles n'intéressent pas le corps médical, et parce que les articles qui l'intéressent sont dispersés en divers chapitres : le Dr Crouzon s'est donc proposé de faire, non pas un exposé complet de la loi, exposé qu'il est facile de trouver dans les documents officiels, mais un regroupement méthodique de tout ce qui peut intéresser les médecins et autres praticiens.

D'autre part, la loi a été complétée par des interprétations qui en ont été faites au cours de la discussion devant le Parlement, par le règlement d'administration publique, par des décrets, arrêtés, etc. : il était utile, au cours de ce regroupement, d'incorporer ces textes dans le chapitre auquel ils se rapportent.

Sans doute, d'autres modifications de détail interviendront encore. Mais on peut cependant, aujourd'hui, se faire une idée assez précise des conditions dans lesquelles les praticiens auront à exercer sous le régime des assurances sociales.

L'auteur a voulu, dans ce travail de synthèse, faire une mise au point à la date présente.

***Pratique médico-chirurgicale*** (3e P. M. C.), publiée sous la direction de A. Couvelaire, A. Lemierre, Ch. Lenormant. Secrétaire général : André Ravina. T. III à VIII, le volume 165 francs. (*Masson et Cie*, 1931).

Les éditeurs de la 3e P. M. C. ont tenu parole et les huit volumes reliés, de 1 000 pages environ chacun, ont paru aux dates annoncées. L'ouvrage, actuellement complet, forme une encyclopédie médicale vraiment moderne dont les multiples articles simples, clairs, proportionnés, richement illustrés, apportent sur tous les points que peut désirer le médecin les renseignements les plus précis. Si ces articles, par leur nombre même, rendent impossible toute énumération, on ne peut que rendre hommage aux directeurs de la publication qui ont pu grouper la pléiade de collaborateurs nécessaire pour mener au succès leur initiative et aux éditeurs qui ont présenté sous une forme parfaite cette nouvelle P. M. C. Sans doute, elle ne se substitue pas aux traités dans lesquels sont exposées, avec toute la documentation nécessaire, les diverses maladies. Mais elle permet d'avoir sous la main, dans ces huit volumes, l'ensemble des notions actuelles sur les diverses branches de la médecine : quelle que soit sa spécialité, tout médecin a besoin de pouvoir rapidement se documenter sur bien des questions étrangères à ses études habituelles. Une telle publication est ainsi utile à tous. La nouvelle P. M. C. est donc assurée de rencontrer le succès de ses aînées.

P. Lereboullet.

# VARIÉTÉS

## L'EXPOSITION COLONIALE ET L'ART MÉDICAL

Par le Dr Raymond NEVEU.

L'Exposition coloniale n'est pas uniquement, comme certains semblent le croire, une féerie lumineuse et une exhibition de danses exotiques. Ce qui en fait le charme et surtout l'intérêt, c'est la richesse de documents que l'on y trouve. En effet, il y là, pour le naturaliste, pour l'historien, pour l'industriel comme pour le médecin, une quantité considérable de renseignements fort précieux qu'on ne retrouvera pas de si tôt.

Mais il faut bien reconnaître que c'est la médecine, l'urbanisme et l'hygiène qui ont la plus large part, et l'impression générale qui se dégage de cette exposition où tant de splendeurs sont accumulées, c'est qu'un effort considérable a été accompli en un temps véritablement court pour l'assainissement de régions malsaines, pour l'édification des villes et surtout pour l'amélioration du sort des travailleurs indigènes. Partout, dans quelque pavillon que ce soit les graphiques, les tableaux, les dioramas abondent et montrent l'œuvre accomplie.

Un écrivain de grand talent, Pierre Mille, écrivait récemment avec cette pointe d'humour qui le caractérise, que l'Exposition coloniale est presque mieux que les colonies elles-mêmes, car on y trouve beaucoup de choses qu'on rencontre difficilement là-bas. Et cela est parfaitement vrai, il est évident que le médecin qui va à Madagascar ou au Maroc par exemple, ne peut pas se rendre aussi bien compte de ce qui a été fait qu'à l'Exposition coloniale, où l'on a judicieusement groupé les statistiques, les graphiques de toutes sortes... C'est en comparant le passé et le présent que l'on a une idée exacte de la tâche formidable que chaque colonie a assumée et que l'on peut apprécier davantage les résultats obtenus.

Au premier étage du pavillon de l'*Algérie* sont exposés tous les documents concernant les services de l'hygiène et les œuvres sociales. Un graphique saisissant, allant de 1912 à 1930, nous montre que la typhoïde à Alger est en voie de disparition, et cela grâce à la suppression des cuves provisionnelles qui existaient sur les terrasses, grâce à la distribution de l'eau au compteur et à la substitution des canalisations en fonte aux vieux aqueducs.

Les tableaux concernant les ectoparasites recueillis sur les rats sont également fort intéressants : la cheopis a été trouvée 33 500 fois dans le département d'Alger, 20 000 fois dans le département de Constantine et 3 600 fois seulement dans le département d'Oran.

En 1928, rien que pour le département d'Alger, il a été délivré 1 200 000 doses de vaccin antivariolique.

La lutte antipaludéenne est menée avec ardeur, et des régions insalubres hier sont aujourd'hui parfaitement assainies.

En dehors des services officiels du gouvernement de l'Algérie, il y a aussi toutes les œuvres sociales privées ; il faudrait pouvoir montrer en détail les résultats obtenus grâce à ces concours désintéressés. Parmi tant d'autres, je citerai simplement les œuvres économiques et sociales des associations agricoles d'El Affroun-Mouzaiaville qui fonctionnent grâce à une caisse régionale. Des habitations à bon marché ont été créées pour les Européens et les Indigènes. L'œuvre possède à Chréa, en pleine montagne, des pavillons remarquablement installés pour recevoir les enfants d'El Affroun pendant les fortes chaleurs. Le nombre des bénéficiaires en 1930 a été de 195. Le séjour à la montagne est de 8 francs pour les enfants des familles aisées, gratuit pour ceux dont les parents ne peuvent faire les frais de ce séjour.

Dès 1925, les associations agricoles d'El Affroun ont compris la nécessité d'améliorer l'état sanitaire de la région ; elles ont créé à ce moment-là une infirmerie indigène et un dispensaire. Puis, peu à peu, l'infirmerie s'est agrandie, est devenue hôpital et maintenant cet hôpital compte soixante-quinze lits.

Le nombre des malades traités gratuitement au dispensaire en 1930 a été de 23 698 et le nombre de journées d'hôpital en 1930 a été de 13 268.

Les Sœurs Blanches, dont l'éloge n'est plus à faire lorsqu'on les a vues à la tâche, assurent le fonctionnement du dispensaire et de l'hôpital et vont dans les fermes et dans les gourbis, sur les ordres du docteur, faire les piqûres. En 1930, 2 300 piqûres contre le paludisme ont été faites par leurs soins.

Malgré le prix très modeste d'une journée d'hôpital, 12 francs pour les adultes, le budget est en équilibre, grâce à une administration habile et désintéressée.

L'hopital-dispensaire a été complété en 1928 par une goutte de lait qui rend les plus grands services. A chaque naissance les familles nombreuses ou nécessiteuses reçoivent gratuitement une layette complète, un berceau garni avec couvertures, et pendant un an des biberons tout préparés au dispensaire lorsque la mère ne peut pas allaiter. En outre, on donne cent francs le premier mois et cinquante francs les deux autres mois.

Toutes ces œuvres dues à l'initiative privée, aidées également et encouragées par le gouverne-

ment général, sont les auxiliaires précieux de la colonisation. La part faite aux Indigènes est très grande, et il faudrait pouvoir citer tous les graphiques et tous les chiffres exposés.

Une des personnalités les plus éminentes du XVIIIe Congrès national de la mutualité et de la coopération agricoles disait à la suite d'une visite à El Affroun :

« Nous pensions, en venant en Algérie, vous aider des conseils de notre vieille expérience dans la voie de la mutualité et de la coopération, mais nous devons reconnaître en toute sincérité que, si nous n'avons rien à vous apprendre, nous avons en revanche de riches enseignements à tirer de vos œuvres sociales et humanitaires. »

Cet éloge est parfaitement exact, et l'on ne peut que l'approuver.

L'exemple d'El Affroun n'est pas le seul : dans les autres colonies nous retrouvons le même souci d'améliorer l'état sanitaire du pays.

Si nous passons du pavillon de l'Algérie à celui de la *Tunisie*, c'est la même chose, l'effort est le même. Des tableaux très clairs, de très belles photographies montrent l'œuvre accomplie. Des graphiques indiquent l'accroissement constant du nombre des médecins de colonisation et des dispensaires.

On peut admirer surtout les vues de l'Institut Pasteur de Tunis dont Charles Nicolle a fait un foyer scientifique de renommée universelle. C'est de cet Institut que sont sorties tant de belles découvertes qui ont porté très haut le renom de la science française.

Le pavillon du *Maroc* est certainement un des plus visités... parce que le Maroc c'est de l'histoire toute récente et que l'on est curieux de voir ce que l'on a pu faire en si peu de temps.

On sort de là absolument stupéfait de l'œuvre formidable qui a été si rapidement accomplie. La part faite à l'urbanisme et aux services sanitaires est fort importante et cela ne saurait étonner quand on se souvient de la phrase du maréchal Lyautey :

« Il n'est pas de fait plus solidement établi que le rôle du médecin comme agent de pénétration, d'attirance et de pacification. »

Aussi les documents concernant les œuvres sociales sont-ils fort nombreux.

Dans la salle consacrée à l'urbanisme, des plans en couleur montrent tour à tour Fès, la capitale mérinide au caractère médiéval, Marrakeck dont le nom seul fait penser à notre héroïque confrère le Dr Beauchamp, Meknès et enfin et surtout Casablanca et Rabat, villes prodigieuses sorties de terre en quelques années, conçues selon les dernières règles de l'hygiène. Partout des arbres, de la verdure, de vastes jardins. Car « l'arbre ne constitue pas seulement, ainsi que le dit fort justement une inscription, un des éléments indispensables à l'embellissement des villes et à l'agrément des routes et des promenades, mais par son influence bienfaisante sur le climat il contribue à la prospérité générale du pays ».

Paroles admirables que nombre de visiteurs devraient méditer, car pour beaucoup, à notre époque de gain à outrance, le déboisement semble une règle inéluctable.

Est-ce que la métropole, qui n'a pas su tenir compte des campagnes courageuses du regretté M. Cardot, l'apôtre du reboisement, comprendra, enfin, la grande leçon qui nous vient des Colonies ?

Un diorama représente une scène d'infirmerie indigène étonnante de vérité. Des graphiques, des tableaux, des photographies sont les témoignages incontestables de tout ce qui a été fait depuis l'occupation. Je dirai simplement qu'en 1930 il a été pratiqué 852 287 vaccinations antivarioliques. Ces chiffres se passent de commentaires.

Le pavillon de l'*Afrique équatoriale* est tout à fait couleur locale, et il plaît par l'originalité de ses lignes. Quelques documents concernant l'Institut Pasteur de Brazzaville et les formations hospitalières sont à étudier soigneusement, mais on a l'impression cependant qu'il reste encore beaucoup à faire... il y a là un champ admirable pour toutes les initiatives et toutes les énergies.

Le pavillon de *Madagascar* est un de ceux où l'on retourne le plus souvent avec beaucoup de plaisir, d'abord parce qu'il est très clair, et ensuite parce que les documents de toutes sortes y abondent. Naturalistes, médecins, hygiénistes y trouvent une richesse de documentation vraiment étonnante. On sait, hélas, ce qu'a coûté l'expédition de Madagascar, et, comme on l'a écrit, « cette triste réputation a demeuré bien longtemps ». Mais, grâce à l'impulsion du général Galliéni, grâce aux mesures sanitaires qui ont été prises, Madagascar est aujourd'hui une de nos plus belles colonies. Un vaste diorama représente Tananarive avec son école de médecine que dirige avec tant de compétence le professeur Fontoynont ; on y distingue également l'hôpital indigène qui abrite 600 lits. Un autre diorama fort admiré est celui d'Antsirabé, la riche station thermale qui a été créée en si peu de temps et dont notre regretté collègue Monnier fut un des animateurs.

Au premier étage, des statistiques montrent la progression constante des consultations et des

## VARIÉTÉS *(Suite)*

dispensaires. Les courbes de l'Institut Pasteur de Tananarive concernant les épidémies de peste sont fort instructives et mériteraient d'être étudiées en détail.

Le superbe temple d'Angkor, qui a été si magnifiquement reconstitué dans le Bois de Vincennes, abrite toutes les collections de l'Indochine. Là encore la part faite aux services sanitaires et aux œuvres d'hygiène est très large, et le médecin et l'hygiéniste peuvent y glaner une ample provision de documents.

Au premier étage, dans une salle en rotonde, c'est toute l'histoire de l'assistance médicale en Indochine. Des maquettes, des photographies, des graphiques nous font connaître toute l'importance de ce service. L'hôpital de Saïgon, l'Institut prophylactique, l'Institut Pasteur, l'Institut du radium d'Hanoï, le pavillon des tuberculeux de Cholon avec ses terrasses de cure, étonnent les visiteurs qui ne peuvent s'empêcher de songer à certains trop modestes hôpitaux de la métropole.

Le nombre des malades soignés dans les hôpitaux ou dans les dispensaires croît sans cesse. En 1906, il y en avait 28 000 et, en 1929, près de 3 millions. Les vaccinations ont passé de 1 900 000 à 7 500 000 et il existe maintenant dans toute l'Indochine 624 hôpitaux. Il est évident qu'un tel effort ne va pas sans entraîner une augmentation de dépenses. En 1906, le budget de l'assistance médicale était de 1 194 000 piastres, et, en 1929, il dépassait 6 272 000 piastres ;... or la piastre aujourd'hui vaut dix francs ! Ces chiffres que je m'excuse de donner, car les chiffres sont toujours fastidieux, ont leur éloquence, et je les livre à la méditation de ceux qui, systématiquement, prétendent que nous ne savons pas coloniser et que nous ne faisons rien pour les travailleurs indigènes.

Parmi les pittoresques et très gracieux pavillons du Cameroun, il en est un qui attire plus particulièrement le médecin et l'hygiéniste, c'est celui qui est réservé aux services sanitaires de ce pays.

Des photographies nous montrent l'hôpital européen de Loné, les exercices physiques sur le stade. Mais surtout ce qui retient le visiteur, ce sont les documents concernant la lutte contre la maladie du sommeil.

On commence, enfin, à savoir en France l'effort que l'on a accompli là-bas. Actuellement, 19 médecins spécialisés, 39 agents sanitaires européens et 400 infirmiers indigènes luttent journellement contre cette terrible maladie.

Chaque année, neuf millions sont consacrés à cette lutte.

De superbes photographies nous montrent tour à tour la tsé-tsé, les malades amaigris, la prise de sang, l'injection et l'établissement de la fiche sanitaire.

En sortant, on est émerveillé des résultats obtenus, et l'on songe aussitôt au Dr Jamot, qui depuis tant d'années est l'animateur de la campagne entreprise au Cameroun, toute notre reconnaissance va vers lui. Je sais, en écrivant cela, que sa modestie de savant et de broussard s'en formalisera, je m'en excuse, mais j'estime qu'il est bon de dire la vérité.

Quand on flâne dans l'Exposition, le grand pavillon rouge de l'Afrique occidentale française attire tout de suite l'attention. Une salle est réservée à l'exposition de l'assistance médicale indigène et des œuvres sociales. Une présentation lumineuse particulièrement heureuse indique le nombre des hôpitaux, des dispensaires et des journées d'hospitalisation.

De très belles photographies montrent la maternité de Dakar, l'école de médecine, les dispensaires, ainsi qu'une très pittoresque scène de consultation à Conakry. Un graphique nous indique qu'en 1924 il y avait 87 médecins pour toute l'A. O. F. ; actuellement il y en a 189, et l'on estime qu'il en faudrait au moins 250. Le ministre de la Guerre, d'accord avec le ministre des Colonies — ce qui est un véritable événement, — a décidé que les médecins et étudiants peuvent, sur leur demande, accomplir dans les colonies de l'Afrique leur service militaire ; le temps n'est plus où il était si difficile de passer du cadre de la métropole dans le cadre des colonies.

Les établissements scientifiques sont particulièrement florissants : École de médecine de Dakar, Institut Pasteur de Dakar, Institut Pasteur de Kindia, laboratoire de bactériologie de Bamako, laboratoire de bactériologie de Saint-Louis, centres vaccinogènes dans chaque colonie.

La lutte contre les rats a été particulièrement intensifiée au Sénégal. Le nombre des rongeurs pris durant l'année 1929 a été de 677 045 : c'est, on doit le reconnaître, un très beau tableau de chasse. Durant cette même année on a pratiqué 161 905 vaccinations antipesteuses, et cette vaccination intensive a donné les meilleurs résultats. Quant aux vaccinations jennériennes, elles ont dépassé le chiffre de 2 450 000.

La lutte contre le pian à la Côte d'Ivoire, où cette maladie est extrêmement répandue, est menée avec ardeur depuis ces dernières années ; un tableau nous apprend qu'alors qu'en 1924 300 enfants seulement avaient été traités, en 1928 25 000 enfants ont reçu des soins. La consommation annuelle de stovarsol est montée en

## VARIÉTÉS *(Suite)*

deux ans de 50 kilogrammes à 164 kilogrammes.

Il est évident qu'un effort aussi considérable entraîne de lourdes dépenses; aussi on n'est pas du tout étonné de voir le graphique des crédits affectés aux œuvres d'assistance faire une ascension vertigineuse. En 1900 les crédits étaient de 344 230 francs, en 1926, 10 662 776 francs, et en 1930 plus de 45 millions.

Tout à l'entrée de l'exposition, comme pour bien montrer que les missionnaires ont été à la base même de notre expansion coloniale, les *missions catholiques* et les *missions protestantes* ont leur pavillon. C'est avec recueillement qu'on les visite, car on y sent toute la foi et tout l'esprit de sacrifice qui ont guidé ces premiers pionniers de la civilisation. Le maréchal Lyautey, qui connaît les missionnaires pour les avoir vus à l'œuvre, leur a réservé une place de choix. L'appel du cardinal Verdier et de l'amiral Lacaze a été entendu, et les trois millions nécessaires à la construction du pavillon des *missions catholiques* ont été souscrits.

Dans ce pavillon, on trouve retracée toute l'histoire brillante des missions, et les documents médicaux y abondent, — il ne faut pas s'en étonner.

Les Pères Blancs, les Sœurs Blanches, les Pères Franciscains, les Missions africaines de Lyon exposent tous les documents qu'ils possèdent sur leurs œuvres en Afrique du Nord et dans le continent noir. Les Pères du Saint-Esprit nous conduisent au Cameroun, au Congo, en Guinée. Les Jésuites et les Lazaristes à Madagascar, les Pères Maristes en Océanie. Les Pères des Missions étrangères et les Dominicains nous montrent leurs formations sanitaires d'Extrême-Orient. Enfin c'est l'École de médecine de Beyrouth qui fut, et qui est toujours, le gros foyer intellectuel et le grand centre d'irradiation française dans le Proche-Orient.

Le nombre des hôpitaux des missions catholiques, qui était de 86 en 1927, est passé à 131 en 1930. Il existe actuellement 29 léproseries et 304 dispensaires où il a été donné 3 552 665 consultations.

Dans le pavillon des *missions protestantes*, nous voyons l'œuvre médicale de la Société des missions évangéliques en Afrique et en Océanie. C'est, au Cameroun, l'hôpital de Foumban fondé en 1926, l'hôpital de Bafousam; au Zambèse, c'est l'hôpital de Seskeké. En Océanie, ce sont les léproseries d'Orofora, de Tchila et de Bethesda. C'est enfin, à Madagascar, la léproserie de Manankovaly, près de Tananarive.

On voit d'ici les services rendus par les missions dans nos possessions d'outre-mer.

Et maintenant, il est intéressant de parcourir les sections étrangères.

La *Belgique*, dont tout le monde connaît l'œuvre admirable qu'elle a entreprise au Congo, a réservé plusieurs de ses salles aux services sanitaires, et les documents qui y sont exposés sont bien instructifs.

Des graphiques, des photographies nous montrent l'École de médecine tropicale d'Etat, l'Université libre de Bruxelles, de Louvain, puis toutes les œuvres officielles et les œuvres privées de la colonie.

C'est d'abord l'œuvre des ouvroirs de l'Aide médicale aux missions du Congo belge, dont le but est d'apporter « aux missions catholiques du Congo une collaboration médicale dévouée ».

Puis, c'est le service sanitaire du chemin de fer de Matadi à Léopoldville, dont l'activité est très grande, puisqu'en 1930 il y a eu 46 636 journées d'hospitalisation se répartissant sur 2 114 malades de couleur et 1 308 travailleurs étrangers.

Pour le service médical de Kilo-Moto, c'est la même chose. Le service médical des huileries a enregistré, pour 1930, 198 376 journées d'hôpital.

Partout des consultations de nourrissons ont été créées.

Enfin, un très joli diorama nous montre les services sanitaires en action dans la brousse, ainsi que le bateau-hôpital donné par M^me^ Lippens.

Plusieurs microscopes attirent les visiteurs qui peuvent étudier la structure des tsé-tsés.

Comme on le voit, le pavillon du Congo Belge intéresse au plus haut point les médecins et les hygiénistes, et l'on ne peut que féliciter la Belgique qui a envoyé dans sa colonie 150 médecins, 10 pharmaciens et 140 agents, d'avoir accompli une si belle œuvre.

La Section Britannique n'a pas de pavillon, mais une salle lui a été réservée dans la Cité des Informations.

Des panoramas montrent quels sont les facteurs de certaines maladies tropicales; on y voit par exemple un dock mal entretenu où les rats pullulent et sont un danger de peste. On y voit un gîte de tsé-tsé... On reconnaît là l'esprit pratique des Anglais qui s'attaquent surtout à la cause.

Cette salle rappelle certains coins du Bristish Museum et du Welcome Museum. D'ailleurs n'a-t-on pas eu soin d'écrire à l'entrée cette phrase qui est un tout programme :

« Connaître la cause d'une maladie est la première étape pour la prévenir. »

Près du délicieux pavillon des Etats-Unis, dans le pavillon de Chicago, quelques documents médicaux sont rassemblés.

Des tableaux nous apprennent que 75 millions d'animaux sont examinés dans les abattoirs; que sur les 72 millions de litres de lait consommés

## VARIÉTÉS *(Suite)*

journellement, 24 millions sont pasteurisés.

Des photographies sont consacrées à la peste, à la malaria, et à la fièvre jaune. On peut admirer un énorme *Anopheles albumanus* et un *Aedes Ægypti*.

Nous apprenons qu'à Panama on emploie comme larvicide l'huile brute et le *gris de Paris*, « green » ayant, sans doute, été traduit par « gris ».

Nous voyons des écureuils porteurs de tularémie, des élans, des coyotes, des ours porteurs de tiques.

Le pavillon du *Portugal* est parmi les plus intéressants. On y voit des photographies de léproseries, d'hôpitaux, d'écoles d'infirmières. On apprend que l'île de San Tomé, qui mesure 857 kilomètres carrés, possède 42 hôpitaux. Des diagrammes climatiques et des graphiques météorologiques présentent un intérêt tout particulier. On ne saurait trop faire l'éloge de l'œuvre accomplie par le Portugal dans ses colonies. Tous ceux qui ont assisté au Congrès d'Angola le savent fort bien.

En résumé, l'Exposition coloniale de 1931 est une belle page de l'histoire de la civilisation. A ceux qui prétendent que la colonisation est une spoliation, elle montre au contraire que c'est une collaboration étroite

« Coloniser, c'est assumer des responsabilités », a dit un auteur anglais. La France l'avait compris dès la première heure, et c'est pourquoi elle a toujours fait une très large part aux œuvres médicales.

Du reste, on a pu s'en rendre compte lors des Journées médicales coloniales que présidait le professeur Tanon et qui constituèrent, selon son expression même, « un véritable dossier de propagande et de documentation ».

Les régions impaludées ont été assainies ou sont en voie de l'être. La lutte contre la maladie du sommeil est poursuivie avec méthode et ténacité. Partout des hôpitaux et des dispensaires ont été créés. Et c'est pourquoi, à ceux qui nient les bienfaits de notre civilisation, on ne saurait trop leur recommander de visiter avec soin tous nos pavillons.

Non, le Français n'est pas seulement, comme on l'a prétendu, un explorateur épris d'aventures; il est aussi un excellent colonisateur, et l'Exposition coloniale de Vincennes le prouve

---

### AMÉ BOURDON, MÉDECIN DE FÉNELON ET ANATOMISTE

Il y a vingt ans rien n'eût été plus facile que de prouver que Bourdon fut médecin de Fénelon. Il suffisait pour cela de consulter les états de dépenses de l'archevêché de Cambrai, pour la période où le précepteur du duc de Bourgogne, après ses démêlés retentissants avec Bossuet, fut exilé dans son diocèse. On y voyait figurer le nom de ce médecin. Aujourd'hui ces pièces ont disparu dans le pillage et l'incendie de la vieille cité franque. La seule preuve que nous ayons des rapports de Bourdon avec l'illustre auteur de *Télémaque* se trouve entre les mains de particuliers (1). C'est une lettre que M. Victor Delattre (2) adressait à son ami, M. Eugène Bouly (de Lesdain), arrière-petit-fils, par sa mère, du médecin de l'archevêque de Cambrai (3).

Avant de soigner l'illustre prélat, il avait été médecin de Mgr de Bryas, et peut être du prédécesseur de ce dernier, Mgr Ladislas Jonnart, mort en 1674.

Mais bien que, sous la domination espagnole, les archevêques de Cambrai fissent figure de petits potentats, portant les titres sonores de ducs de Cambrai, princes du Saint-Empire, comtes du Cambrésis, ce n'est pas à cette situation qu'il doit sa réputation, mais à deux ouvrages d'anatomie qu'il fit paraître à la fin du XVII^e siècle.

On trouvera peut-être excessif le qualificatif d'anatomiste, dont on gratifie cet auteur parce qu'il a publié un gigantesque Atlas, commenté par un minuscule précis. A cette objection on répondra que Lienart et Reinkant, docteurs régents de la faculté de Paris et Duverney professeur royal d'anatomie, l'approuvèrent avec l'éloge, déclarant que le scapel du médecin de Cambrai valait son crayon (4).

Les renseignements biographiques sur Amé Bourdon n'abondent pas, et encore quelques-uns sont-ils sujets à caution. Comme il est de règle,

(1) Je dois la connaissance de cette lettre à la bonne obligeance de M^me Pollet-Bertrand, nièce et héritière de M. Bouly (de Lesdain) et arrière-petite-fille d'Amé Bourdon. Il y a pourtant, à la bibliothèque municipale de Cambrai un manuscrit, des comptes particuliers de Fénelon provenant de la famille de Vendegies, descendant de l'intendant du Cygne de Cambrai.

(2) Victor Delattre est l'auteur de travaux appréciés sur le Cambrésis. Il a publié entre autres ouvrages, dans la *Revue Belge*, 1862, une étude sur la Numismatique du Cambrésis.

(3) Pour la Biographie de Bourdon, voy.: PORTAL, *Histoire de l'Anatomie et de la Chirurgie*, p. 549. Paris, 1770. —FELLER *Dictionnaire historique*, t. II, Paris, 1790: *Dictionnaire des Sciences médicales; Biographies médicales*, édition Panckoucke, Paris, 1820; *Biographie générale Michaud*, t. VI, p. 301; *Nouvelle. Biographie générale Firmin-Didot*, t, VII, p. 62, Paris, 1863. — BOULY (de Lesdain). *Dictionnaire historique du Cambrésis.* — A. WERNISCH et AUG. HIRSCH, *Biographisches Lexicon der hervorragenden Aertze aller Zeiten und Völker*, t. I, p. 542, Vienne et Leipzig, 1884.

(4) L'approbation de la Faculté est écrite en français.

## VARIÉTÉS *(Suite)*

les biographes se copient les uns les autres.

Nous savons positivement qu'il était né à Cambrai en 1638, qu'il appartenait à une famille qui depuis plusieurs générations fournissait des ingénieurs (c'est-à-dire des officiers du génie) au service du roi d'Espagne. Son père, Gilles Bourdon, commença par remplir ces fonctions, puis il fut surintendant du Mont-de-Piété de sa ville natale.

Notons en passant que cette institution existait à l'étranger bien avant que Renaudot l'importât, peut-être d'Italie, peut-être des Flandres (1), à Paris. Les biographes de Bourdon prétendent que lui aussi commença par suivre la carrière paternelle et qu'à l'âge de trente-huit ans, père de dix enfants suivant les uns, de douze suivant les autres, il alla prendre ses diplômes à l'Université de Douai, en 1673, précise Folser. Il est fort regrettable que ces faits ne puissent plus être contrôlés. Les registres de l'ancienne Faculté de médecine ont disparu. Tout au moins est-il impossible d'en trouver trace, soit aux Archives départementales du Nord, soit dans celles de l'Université de Lille.

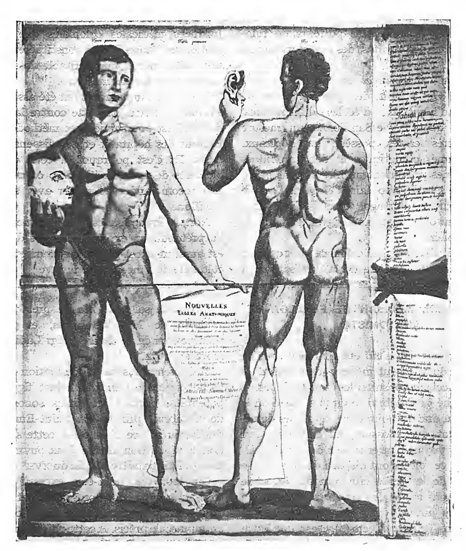



Fig. 1.

On est même en droit de se demander si Bourdon a jamais été reçu médecin.

Voici les faits sur lesquels on peut s'appuyer pour émettre ce doute. Dans l'armorial des Flandres, l'auteur des *Tables anatomiques* ne se pare pas, contrairement à tous ses confrères, du titre de médecin ou de docteur en médecine pour les vingt livres que lui coûte son blason il se fait inscrire comme suit :

*Amé Bourdon, bourgeois de Cambrai, porte d'azur à un chevron d'or et à trois bourdons du même* (1).

(1) A Cambrai, le Mont-de-Piété fut instauré en 1625, mais les premiers établissements de ce genre furent institués en Italie dès 1440.

(2) D'HOZIER, *Armorial des Flandres*, P. 277, n° 30.

# VARIÉTÉS *(Suite)*

D'autre part, notre anatomiste se plaît à donner, tant dans son épître dédicatoire à Mgr de Byas que dans son avertissement au lecteur, quelques indications sur la genèse des deux

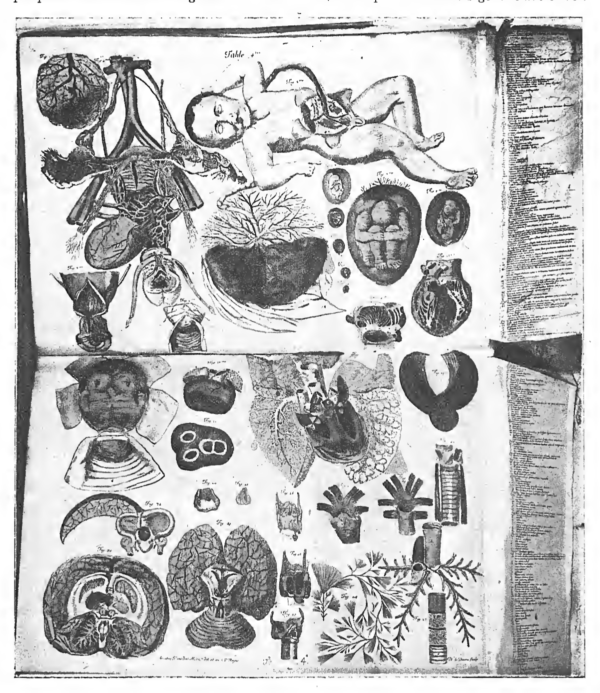


Fig. 2.

ouvrages. Il les a entrepris, dit-il, pour son instruction personnelle et pour celle d'un de ses fils qui se destinait à la médecine. Il se garde bien de faire la moindre allusion à son passage sur les bancs d'une école.

De même dans son manuel, lui qui fait si volontiers étalage des choses curieuses qu'il a vues dans ses voyages, reste-t-il muet sur les « anatomies » auxquelles il aurait dû assister à Douai.

Enfin on peut encore envisager une autre éventualité. Le grand grief que faisaient les médecins de Paris aux Facultés de province était qu'elles trafiquaient des diplômes, sans que l'impétrant ait rempli les conditions de scolarité requises pour leur obtention. C'est le reproche que Guy Patin faisait, non sans raison, à Théophraste

## VARIÉTÉS *(Suite)*

Renaudot et à la Faculté de Montpellier qui l'avait reçu.

De plus en ce qui concerne la Faculté de Douai, une circonstance politique, pouvait à l'époque favoriser la fraude. Douai fut réuni à la France en 1667. Cambrai resta sous le joug espagnol jusqu'en 1677. Sous le joug est une manière de parler. Le véritable souverain du pays était l'archevêque, prince en général très débonnaire. Si débonnaire que, malgré les affinités du langage, jamais les habitants n'avaient recherché la domination française. Et même quand Balagny occupa la ville au nom de Henri IV, les cruautés de ce bâtard de Montluc firent regretter si fort les Espagnols que les habitants chassèrent le délégué du roi de France et rappelèrent les troupes de Philippe III.

Dans ces conditions, des sujets espagnols, qui par surcroît étaient au service de S. M. Catholique, pouvaient-ils, sans se rendre suspects aux deux partis, séjourner aussi près d'une frontière où, depuis le commencement du siècle, on se battait sans trêve ?

Que Bourdon ait été un médecin dans les règles, ou qu'il ait usurpé ce titre, il n'en est pas moins vrai qu'il fût, sinon un anatomiste proprement dit, du moins un remarquable vulgarisateur de l'anatomie.

Ne serait-ce pas parce qu'il fut en cette science un autodidacte, qu'il accepta avec tant de facilité les nouvelles découvertes ? S'il avait eu le cerveau embrumé par la tradition et les subtilités de la scholastique, peut-être eût-il reproché à Pecquet, comme le fit Jean Riolan, « de bouleverser par une doctrine nouvelle la structure et composition du corps humain qui renverse entièrement la médecine ancienne tant en physiologie qu'en pathologie et en thérapeutique (1) ».

Des deux ouvrages qu'a publiés Bourdon, l'un est un Atlas. Il l'édita sous ce titre fort long : *Nouvelles tables anatomiques où sont représentées au naturel toutes les parties du corps humain, toutes les nouvelles découvertes, le cours de toutes les humeurs, les lieux où elles fermentent et où elles déposent leurs excréments. On y a joint un petit livre qui en fait la description et en explique clairement les usages, avec ordre et en peu de mots. Le tout dessiné et composé par Amé Bourdon, médecin. Elles se vendent en blanc et enluminées à Cambray chez l'auteur, à Paris chez Laurens Dhoury sur le quay des Augustins, à l'Image Saint-Jean*, 1678.

On doit faire à ces tables deux reproches. Elles sont d'un format peu maniable. Elles mesurent 75 centimètres sur 55, ce qui donne une longueur totale de 1m,10, le livre étant ouvert. Cet atlas devait être bien encombrant à l'amphithéâtre. Il est vrai qu'on peut invoquer une circonstance atténuante. Il fallait en ces temps-là des ruses d'apaches pour se procurer un cadavre. Chirurgiens et médecins se les disputaient âprement. C'est sans doute avec l'intention de suppléer à cette pénurie que Bourdon entreprit son atlas. Le second reproche à lui faire est d'avoir placé sans ordre apparent les organes isolés.

Les planches sont au nombre de huit. L'auteur prétend qu'il a dessiné la plupart des tables d'après nature : les figures d'ensemble à la moitié de la grandeur naturelle, les autres grandeurs naturelle. Il n'aurait copié que la huitième planche sur Willis.

La première planche (fig. 1), représente le corps humain vu de face et de dos, avec les points où il fallait placer les cautères et les ventouses

Dans la seconde planche sont figurés sur l'abdomen, en quatre stades de dissection, les cinq téguments : la cuticule ou épiderme, la peau ou derme, le pannicule adipeux, la graisse, la membrane adipeuse des muscles (aponévrose).

La table III représente le ventre inférieur, c'est-à-dire les organes génito-urinaires de l'homme, le rein, les capsules surrénales, la vessie, les organes de la digestion, intestins, estomac, pancréas, foie, rate, pancréas d'Aseli, lympathiques et leurs valvules, citerne de Pecquet, canal thoracique.

Cet ordre de momenclature n'est pas propre du médecin de Cambrai. Tous les traités d'anatomie l'avaient adopté jusqu'alors.

Dans la planche IV que je reproduis ici (fig. 2) sont dessinés les organes génitaux de la femme, la mamelle (fig. 1 en haut et à gauche), le cœur et les poumons, le cerveau, le larynx et la trachée.

Les tables V et VI sont consacrées à l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie; la planche VII à l'angéiologie, la planche VIII à la névrologie. Une colette placée à droite de la planche donne avec le numéro et la lettre le nom latin de la partie correspondante.

Le deuxième ouvrage que l'on doit à Amé Bourdon porte le titre de *Nouvelle Description anatomique*. Il est de format in-12.

Le livre a eu quatre éditions : 1678, 1683, 1688, 1707. On trouve, dans les marges, des renvois correspondant aux chiffres et aux lettres des (tables). Ce qui est remarquable dans ce Précis, ce qui montre avec quel soin Bourdon se tenait au courant des progrès de l'anatomie, c'est de voir citer des découvertes qui n'avaient pas deux ans de date quand paraissait une nouvelle édition de la *Nouvelle Description*.

Ce petit manuel contient aussi des applications de l'anatomie à la chirurgie, quelques-unes même

(1) *Manuel anatomique*, de Jean RIOLAN, traduit en français par le sieur Sauvain Discours contre la nouvelle doctrine des veines lactées de M. Pecquet, Paris, 1657.

## VARIÉTÉS *(Suite)*

seraient originales. Ainsi Bourdon aurait été le premier à signaler les rapports de la médiane basilique avec le nerf médiane, l'artère humérale et à insister sur les dangers de la saignée pratiquée sur cette veine. Il a décrit avec exactitude les prolongements externes du péritoine et a noté que l'ileum est de tous les intestins celui qui est le plus prédisposé au volvulus (Portal). Pourtant sur bien des points, il partage les erreurs du temps.

Il semble avoir pratiqué beaucoup plus d'autopsies que de dissections. Cela ne l'empêche pas d'accepter une foule d'idées fausses qui avaient cours alors. Ainsi il a fait la nécropsie du prédécesseur de Mgr de Biras. « M. Bartholin, dit-il, a remarqué que ce corps (1) se gonfle si fort quelquefois que les aliments ne peuvent tomber dans le ventricule, ce que j'ai vu arriver à Mgr l'illustrissime Ladislas Jonnart, archevêque de Cambray, qui en mourut le 22 septembre 1674. » Il est probable qu'il s'agissait d'un cancer de l'œsophage. (Il a trouvé quelquefois le foie attaché au diaphragme par sa partie supérieure. Il n'a pas pensé qu'il s'agissait là d'une inflammation du péritoine ayant causé des adhérences. Pour Bourdon, « les vésicules appelées hydatides que les anciens ont trouvées sur la tunique de cet organe, pleines d'eau, ne sont que des lymphatiques qui vont quelquefois à se rompre, font cette espèce d'hydropisie qu'on appelle ascite ».

Que n'a-t-il pas plutôt songé aux lympathiques pour expliquer l'écoulement d'un liquide de l'aine gauche d'une femme de vingt ans, au lieu de l'attribuer à la présence d'une mamelle supplémentaire siégeant en cet endroit. Il eût de la sorte attaché son nom à une affection assez rare : la *lymphangiectasie*, accompagnée dans son cas de *lymphorragie* (2).

Les applications à la physiologie ne manquent pas. Nous pouvons lire, par exemple, cette explication, prophétique, de l'hématose : « Willis prétend que le sang passant par tant de petits vaisseaux au travers du poumon se mesle avec un nitre que nous inspirons avec l'air pour entretenir la chaleur qui se nourrit dans le sang par le moyen de ses parties nitreuses et de parties sulphureuses que les aliments fournissent tous les jours au

(1) Quel est ce corps qui peut comprimer l'œsophage jusqu'à empêcher le passage des aliments. La description de Bourdon manque de clarté. Il s'agit plutôt de ganglions lymphatiques que des corps thyroïde.

(2) *Journal des Sçavants*, lettre de Bourdon à Lémery, juin 1684, et *eod. loco* 16 juillet 1690.

## VARIÉTÉS *(Suite)*

sang. Ces parties de nitre s'introduisent dans les veines dont elles sont ensuite reprises par des canaux de la masse pulmonaire qui les rapportent au cœur. »

Il étudie aussi la composition des liquides de l'organisme. Exemple, « on trouve dans l'urine beaucoup de phlegmes et de sels volatils avec peu de soufre de terre et de sels fixes ».

A défaut de cadavres humains, notre anatomiste dissèque des animaux. Aussi donne-t-il quelques notions d'anatomie comparée et de tératologie. Les premières d'ailleurs ne brillent pas toujours par l'exactitude. Ainsi il prétend que les caméléons et les lézards, qui n'ont pas de vessie, n'ont pas de rate.

Il a disséqué un chat, « dans lequel il n'a trouvé qu'un rein situé sous le col de la vessie; il était gros comme une noix et figuré comme deux reins qui seraient soudés ensemble dans la même membrane. Il a disséqué un jeune chien qui avait le palais divisé en deux parties par une longue fente et qui était mort pour n'avoir pas pu téter.

Bourdon mourut à Cambrai le 21 décembre 1706. Quant à son fils pour lequel il fit ce livre, il ne fut jamais médecin. Unger a porté sur lui le jugement le plus juste « *B. zzist der Verfasser zuweier anatomische Werke die enthielten damaliger Zeit, das Bestes der Anatomie enthielten.* » Bourdon est l'auteur de deux traités d'anatomie qui, pour l'époque, contenaient le meilleur de l'anatomie. »

Dr H. Gros.

## LA MÉDECINE AU PALAIS

### EXERCICE ILLÉGAL DE LA PHARMACIE

*(Suite).*

« Par contre, déclare préjudiciable à la sécurité publique, par suite illégale, l'ouverture de la pharmacie dudit Ferrier à Mende depuis le jour où ce dernier a transporté son domicile à Millau, assuré la charge d'une pharmacie dans cette ville et fait enregistrer son diplôme au greffe du tribunal de son nouveau domicile ;

« En conséquence, et à titre de réparation civile envers la société, ordonne la fermeture de la pharmacie de Mende jusqu'à ce qu'il pourra lui être régulièrement donné un nouveau titulaire. »

## LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

A la même époque, dans les mêmes conditions, un pharmacien de La Bourboule était poursuivi devant le tribunal correctionnel du Puy-de-Dôme pour avoir tenu simultanément deux pharmacies à La Bourboule et à Bourg-Lastic.

Le tribunal du Puy-de-Dôme, fondant sa décision sur l'arrêt de cassation du 11 août 1838, que nous venons d'analyser, a estimé que le pharmacien s'était rendu coupable du délit d'exercice illégal de la pharmacie et il a appliqué le texte de la déclaration de 1777 condamnant ce pharmacien à 500 francs d'amende.

Nous donnons *in extenso* le jugement du tribunal de Clermont-Ferrand, du 25 janvier 1929 :

« Le tribunal,

« Attendu que Lafont, pharmacien à La Bourboule, est poursuivi pour avoir, depuis un temps non prescrit, tenu simultanément deux pharmacies.

« Attendu qu'il est de doctrine et de jurisprudence que le pharmacien muni d'un diplôme ne peut exploiter qu'une pharmacie (Dall. Rep. Pr. Médecin-pharmacien, n° 105 ; C. d'appel de Chambéry, 3 mars 1882 ; C. de Lyon, 24 février 1909) ;

« Attendu que l'arrêt de cassation du 11 août 1838 en avait indiqué la raison principale en exposant que les pharmaciens sont tenus de surveiller par eux-mêmes la préparation et la vente des médicaments et avait, par suite, décidé qu'ils n'ont pas le droit d'établir, hors de leurs officines, des dépôts de médicaments et d'en confier la vente à des individus non diplômés ;

« Attendu qu'il est établi par l'information que Lafont est propriétaire de deux pharmacies, l'une à La Bourboule, ouverte toute l'année, l'autre à Bourg-Lastic, ouverte certains jours seulement ;

« Qu'il est notamment établi par le procès-verbal du commissaire divisionnaire Bardy, en date du 20 juin 1928, que ces deux pharmacies ont été ouvertes simultanément ledit jour, Lafont livrant des médicaments à La Bourboule, tandis qu'un nommé Vachy, préparateur en pharmacie à son service, en livrait à Bourg-Lastic ;

« Attendu que ces faits constituent le délit prévu par la loi du 21 germinal an XI, qui édicte la prohibition, et l'article 6 de la déclaration royale du 25 avril 1777 qui édicte la sanction, et dont il y a lieu de faire application ;

« Attendu que Dumur, pharmacien à Messeix, en son nom personnel, et Milliet, pharmacien à Clermont-Ferrand, ès qualités du président du

**(Voir la suite page XII).**

## LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

Syndicat des pharmaciens du Puy-de-Dôme, se constituent parties civiles aux débats et concluent, le premier à l'allocation de la somme de 10 000 francs, le second à celle de 1 000 francs, à titre de dommages-intérêts, en réparation des préjudices causés ;

« Attendu qu'en tenant ouverte sans droit une pharmacie à Bourg-Lastic, Lafont a détourné à son profit une partie de la clientèle de Dumur; qu'il l'a d'ailleurs reconnu implicitement au procès-verbal de première comparution du 4 octobre 1928, en déclarant que la clientèle de Messeix préférait s'approvisionner chez lui, à Bourg-Lastic, que chez Dumur, à Messeix ; qu'il lui a donc causé un préjudice matériel certain ;

« Attendu, d'autre part, que c'est à bon droit que le Syndicat des pharmaciens s'est constitué partie civile en réparation du préjudice moral que Lafont a fait subir à la corporation en jetant la suspicion sur la bonne gestion des pharmaciens et en diminuant ainsi la confiance de la clientèle;

« Attendu que le tribunal possède les éléments suffisants d'apprécation pour évaluer les préjudices causés ;

« Par ces motifs,

« Déclare Lafont atteint et convaincu du délit prévu par l'article 25 de la loi du 21 germinal an XI et réprimé par l'article 6 de la déclaration royale du 25 avril 1777 ;

« En conséquence, le condamne à la peine de 500 francs d'amende ;

« Et statuant sur les demandes des parties civiles ;

« Les reçoit en leurs interventions, les déclare fondées ;

« Et condamne, en conséquence, Lafont à payer et porter : à Dumur, la somme de 3 000 francs, à Milliet, la somme de 500 francs, avec intérêts du 11 janvier 1929, en réparation des préjudices subis ;

« Le condamne, en outre, au remboursement des frais liquidés ;

« Fixe au minimum déterminé par la loi la durée de la contrainte par corps, le tout par application des articles 25 de la loi du 21 germinal an XI et de la déclaration royale du 25 avril 1777, 52 du Code pénal, 194 du Code d'instruction criminelle, 2 de la loi du 22 juillet 1867, dont lecture a été faite par M. le président. »

(*A suivre.*) ADRIEN PEYTEL,
*Avocat à la Cour d'appel.*

---

## NÉCROLOGIE

### LE DOCTEUR BODIN (1868 A 1931)

En juin dernier est mort le Dr Bodin, de Rennes, professeur à l'Ecole de médecine de Rennes. Il fut nommé interne des hôpitaux de Paris en 1892, et dès la deuxième année, devint interne de Besnier, ce qui décida de sa carrière. Il rencontra, chez ce maître, Sabouraud qui l'avait précédé comme interne et qui continuait à y travailler les teignes et les mycoses. C'est ainsi que le Dr Bodin fut initié à la Mycologie parasitaire, et ses recherches le spécialisèrent presque dans l'étude des favus. C'est ainsi que Sabouraud lui attribue la paternité de l'achorion de Quincke. Sabouraud, en effet, pense que l'achorion décrit par Quincke n'était que l'achorion ordinaire, tandis que l'achorion de la teigne à culture duveteuse blanche était bien en réalité une variété nouvelle

Il découvrit un autre achorion dans un kérion à petit godet favique, *Achorion gypsum*, à culture plâtreuse : qui se rapproche des microsporum d'animaux, découverte capitale d'après Sabouraud, puisqu'elle semblerait indiquer qu'il est possible d'observer des faits de passage entre les favus et les teignes tondantes.

Il découvrit encore des kérions développés chez des conducteurs de bestiaux, les mégaspores, parasites trichophytoïdes ou trichophytie à culture faviforme.

Il a découvert enfin sur le chien le *Microsporum lanosum*, et chez le cheval également, un microsporum particulier, *Microsporum equinus*.

Dans la *Pratique dermatologique* de Besnier, Brocq et Jacquet, Bodin a fait de nombreux articles : Érythème, Ecthyma; Mycoses, Microsporum et Favus. Il n'était pas seulement un chercheur, mais un vulgarisateur, et comme professeur à l'École de médecine de Rennes, il faisait chaque année, depuis trente années, un cours de bactériologie générale en cinquante leçons qui était fort apprécié. Il avait créé à l'Hôtel-Dieu de Rennes un service de dermato-vénéréologie avec dispensaire de traitement externe qui était suivi par les étudiants et les médecins et où il faisait un enseignement pratique dermato-syphiligraphique très apprécié.

Il fut aussi un homme d'action, ainsi qu'il le prouva pendant la guerre où, médecin-chef d'ambulance, il put ramener sa formation sanitaire sans encombre pendant cette retraite qui aboutit à la bataille de la Marne, jusqu'à Lyon, fixé par les ordres du commandement. Après cette retraite, il fut mis à la tête d'un service de dermato-syphiligraphie à l'intérieur et ne rentra dans son foyer qu'à la paix.

La mort l'a emporté en quelques jours ; il avait été précédé dans la tombe par sa femme deux ou trois ans auparavant. Il laisse un fils et une fille qui, tous les deux, ont suivi ses traces dans la carrière médicale, son fils ayant été interne provisoire des hôpitaux de Paris ; sa fille, docteur installé à Rennes, membre correspondant de la Société française de dermato-syphiligraphie, dirige les laboratoires de sérologie du dispensaire de Rennes.

D'accord avec la famille du Dr Bodin, le Dr Henri Massot, ancien interne des hôpitaux de Paris à l'hôpital Saint-Louis, a repris la succession de ce grand maître provincial, et nul doute qu'il ne remplisse dignement la fonction difficile qui lui est échue.

G. MILIAN.

# NÉCROLOGIE *(Suite)*

## RENÉ JACQUEMAIRE (1894-1931)

Un nom de plus vient de s'inscrire sur la liste des médecins victimes du devoir : René Jacquemaire est mort le 10 juillet dernier après treize jours de lutte et de souffrances.

C'est en incisant un abcès, à Lariboisière, que Jacquemaire se fit l'éraflure insignifiante qui devait être la porte d'entrée de la septicémie à streptocoques qui l'a emporté. Pendant des jours l'infection couva silencieuse ; un adénophlegmon de l'aisselle en fut la première manifestation. Son maître Sauvé, qui l'aimait comme un fils, l'opéra et l'on crut quelque temps que tout danger était écarté. Bientôt, hélas ! la septicémie progressait.

Ce fut alors une lutte émouvante et terrible. Sans un mot ni un geste inutiles, soutenu par la tendresse de sa mère qui ne le quittait pas, par la sollicitude de ses maîtres et de ses amis qui le disputaient à la mort, Jacquemaire se défendit avec une énergie farouche, comme un Clemenceau qu'il était. Ce fut en vain...

Il avait pourtant déjà vaincu dans un combat semblable. En 1914, alors qu'il venait de commencer sa médecine, la guerre éclate. Il s'engage dans l'infanterie, et bientôt est grièvement blessé : une balle lui avait sectionné l'humérale et le médian. Il est atteint de gangrène gazeuse, on le croit perdu. Bien qu'il refuse l'amputation qu'on lui propose, après de multiples souffrances, il guérit. La croix de guerre, la médaille militaire viennent récompenser son courage.

Il finit la guerre dans l'aviation et peut enfin reprendre le cours de ses études médicales, et se consacrer à la chirurgie qui le passionne.

Après avoir passé sa thèse, il devient l'assistant de Sauvé à la Maison Dubois, où tous ceux qui l'approchent malades ou médecins, apprécient sa dextérité, son savoir, sa bonté.

Frappé de l'importance que présente pour la chirurgie le bactériophage de d'Hérelle, il l'étudie avec enthousiasme. Il organise dans le service de Sauvé, à Dubois, puis à Laraboisière, un laboratoire entièrement consacré à la culture et à l'étude du bactériophage. Son labeur est récompensé. C'est avec succès qu'il applique cette méthode au traitement de nombreux cas de furoncles, d'anthrax, de suppurations à staphylocoques, d'infections à colibacilles, dont il publie les observations à la Société de chirurgie. Tout récemment encore, il présentait à la Société des chirurgiens de Paris deux mémoires importants, l'un sur *le traitement des abcès de la région anale par le bactériophage*, l'autre sur les *opérations conservatrices dans les salpingites bilatérales*.

Sa vie fut courte mais féconde, sa mort émouvante, et tous ceux qui l'ont connu en ont été bouleversés, ceux à qui il avait sauvé la vie, comme ceux à qui il avait prodigué sa sympathie agissante, ou sa généreuse amitié.

Pour nous tous, son souvenir restera comme le symbole du devoir et du sacrifice.

Que cette pensée soit, pour sa mère, un adoucissement à l'immense peine qui est la sienne et que nous partageons. GEORGES GARNIER.

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 3 novembre 1931.*

*A propos du procès-verbal.* — **Le cancer en Égypte. Rôle prophylactique nul des sels de magnésium dans le cas des cancers (adénocarcinomes) spontanés des souris blanches.** — M. BRUMPT. — Le Dr SCHRUMPT-PIERRON (du Caire), étant venu affirmer de nouveau, dans un travail analysé par le professeur Delbet, dans la séance de l'Académie du 20 octobre dernier, que le cancer était au moins dix fois moins fréquent en Egypte qu'en Europe, l'auteur confirme ses déclarations antérieures et établit que les cancérologues sont unanimes à admettre que seules les autopsies faites systématiquement permettent de se faire une idée de la fréquence du cancer dans un pays donné. En se basant sur les autopsies encore trop peu nombreuses dont les résultats ont été publiés en Egypte, l'auteur montre que les cancers s'y rencontrent dans plus de 6 p. 100 des cas, chiffre à peine inférieur d'un tiers à la moyenne de 9,2 p. 100 relevée sur l'ensemble des autopsies faites en Allemagne où les Instituts anatomo-pathologiques existent depuis longtemps.

Dans la seconde partie de son mémoire, l'auteur expose les premiers résultats de ses recherches expérimentales. Désirant se placer à un point de vue strictement épidémiologique, il a fait ingérer du pain imbibé de sel de magnésium à plusieurs lots de souris blanches, les doses quotidiennes étant environ trente fois plus considérables que celles qui sont habituellement prescrites chez l'homme. Il a constaté alors l'apparition de 27 cancers spontanés chez 89 souris traitées par les sels de magnésium et l'apparition de 24 cancers spontanés chez les 130 souris témoins, du même âge, et vivant dans les mêmes conditions. Sans vouloir généraliser et passer du domaine de la pathologie comparée au domaine de la pathologie humaine, l'auteur se contente, en enregistrant les résultats qu'il a obtenus dans son laboratoire, de constater que les sels de magnésium n'ont aucune action prophylactique en ce qui concerne l'apparition des cancers spontanés des souris blanches.

**Récurrentothérapie dans les syphilis nerveuses et dans les psychoses.** — MM. H. CLAUDE et F. COSTE. — La récurrentothérapie a été préconisée à la place de la malariathérapie dans le traitement de la pralysie générale, ou même pour être substituée à la malariathérapie dans les cas où celle-ci a été inopérante.

Depuis 1925, l'un de nous avait employé la récurrente soit dans la paralysie générale, soit dans le parkinsonisme, soit dans des états psychopathiques avec des résultats relativement peu favorables.

Dans ces derniers temps, on a préconisé avec un certain retentissement la récurrentothérapie par le *tréponème hispanicum* dans le parkinsonisme et dans la démence précoce. Nous avons cru utile de reprendre, depuis deux ans, des recherches avec ce parasite. Nous avons pu confirmer notre opinion antérieure, à savoir que la récurrente, comme moyen pyrétothérapique, est d'un maniement difficile, exigeant des précautions de laboratoire spéciales,

et que, dans la paralysie générale, elle ne présente pas d'avantages sur la malaria. Dans le parkinsonisme, elle est d'un maniement dangereux ; elle expose les malades à des accidents graves et même mortels. Dans la démence précoce, contrairement aux affirmations des auteurs sud-américains, elle ne nous a donné aucune amélioration appréciable et paraît, dans certains cas, provoquer des états fébriles difficiles à arrêter.

Si, en raison des succès obtenus par la pyrétothérapie, particulièrement malarique, dans la paralysie générale et certaines syphilis nerveuses, la thérapie infectieuse reste indiquée dans un certain nombre de maladies mentales ou nerveuses, on ne saurait montrer trop de prudence dans l'emploi de certains agents infectieux susceptibles de faire courir des risques aux malades.

**Les influences morales dans la cancérose.** — MM. A. LUMIÈRE et P. VIGNE ont, pour établir la relation qui pourrait exister entre les chocs moraux et la mortalité cancéreuse, étudié la statistique de la ville de Lyon, en partant directements des certificats de décès originaux, en tenant compte des variations annuelles de la population et en faisant la discrimination entre les malades appartenant à la cité et ceux qui ne sont venus à Lyon que pour s'y faire soigner et y mourir.

Ils ont établi de la sorte un graphique qui offre avec celui qu'ont adressé MM. Moinson et Stéphanopolo (*Acad. de méd.*, 1929) une discordance absolue. Ils estiment d'autre part que, le cancer évoluant en plusieurs mois sinon en plusieurs années, il faudrait, pour prouver un rapport entre les événements et la fréquence de l'affection, rechercher ce rapport au début de celle-ci et non au moment du décès. Leur conclusion est que les statistiques actuelles sont impuissantes à élucider les problèmes, mais non que les influences morales sont sans répercussion sur la cancérisation ; ils considèrent que la question est, au contraire, du plus haut intérêt et mérite la sollicitude des cancérologues.

**Le moustique stercoraire.** — M. J. LEGENDRE continue son étude des moustiques communs, *Buler pipiens*, qui pondent et passent leur vie larvaire dans les fosses d'aisance à chasse d'eau. Ces eaux souterraines constituent de puissants foyers d'infection que l'urbanisme moderne multiplie chaque année, sans s'en douter.

Les moustiques qui en naissent sont très avides du sang humain. Malgré la bénignité habituelle de leurs piqûres, leur effectif croissant en fait un véritable tourment pour les immeubles où ils sont établis et pour le voisinage.

Les œufs arrivent dans les fosses par les tuyaux de chute, et les essaims de moustiques stercoraires en sortent après éclosion par les tuyaux d'aération.

Le remède consiste à empêcher les moustiques d'entrer dans les fosses ou, tout au moins, d'en sortir en leur barrant les issues par où ils font leur entrée dans le monde.

**Remarques sur la sérothérapie antidiphtérique.** — M. A. ORTICONI rapporte un certain nombre de faits qui montrent l'importance de la précocité de la sérothérapie dans le traitement de l'infection diphtérique. L'observation d'un médecin contaminé au contact d'une diphtérie mortelle et qui fut guéri en moins d'une semaine, grâce à la précocité de l'inoculation du sérum antidiphtérique, réalise une véritable expérience de laboratoire, mais en sens inverse de celle de l'interne de Lille, qui a succombé à une infection diphtérique grave, mais tardivement traitée.

L'auteur rapporte une statistique des cas de diphtérie constatés dans une ville du littoral méditerranéen, où pendant les dix-huit mois qui vont du 1er janvier 1930 à la fin de juin 1931, le nombre des cas positifs de diphtérie identifiés par un laboratoire d'analyse dans la clientèle aisée, a été de 250 cas avec 2 décès seulement.

Ainsi, dans les milieux sociaux où la suspicion clinique de diphtérie met en jeu presque automatiquement et sans retard le réflexe thérapeutique, l'infection diphtérique est presque toujours une maladie bénigne.

La notion importante à retenir est qu'il s'agit d'une lutte de vitesse entre la toxine du bacille, qui essaie de se fixer sur les éléments sensibles de l'organisme et l'antitoxine spécifique du sérum qui doit neutraliser les effets de la toxine avant sa fixation.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

*Séance du 6 novembre 1931.*

**Les arthropathies hémophiliques. Le rhumatisme hémophilique.** — M. P. EMILE-WEIL. — A côté des épanchements sanguins qui constituent la forme la plus fréquente des complications articulaires chez les hémophiles et la seule admise depuis les travaux de Kœnig, l'auteur décrit des manifestations articulaires, de nature et de type clinique tout différents.

Il s'agit de fluxions articulaires, parfois très douloureuses, fébriles, touchant une ou plusieurs articulations ; les épanchements articulaires sont parfois abondants, mais se résorbent vite si le malade est immobilisé. Des articulations du membre supérieur sont aussi souvent touchées que celles du membre inférieur. Deux faits dominent ces manifestations ; d'une part, la courte évolution de ces fluxions articulaires à opposer à la longue durée des hémarthroses, d'autre part, leur début habituel au cours d'un accident hémorragique antérieur (hématomes divers et même hémarthrose).

Il s'agit là de rhumatisme hémophilique, dû à la résorption sanguine, analogue jusqu'à un certain point au rhumatisme sérique. Ce rhumatisme rentre dans le cadre des accidents hémotrypsiques, qui se produisent sur le terrain spécial des sujets hémophilo-hémogéniques.

**Myélite suraiguë du cone terminal apparue chez un ancien poliomyélitique au cours d'une vaccinothérapie et coexistant avec une éruption zostériforme fessière.** — MM. MARINESCO, DRAGANESCO et CHISER.

**Diabète insipide d'origine syphilitique ; obésité, troubles génitaux, troubles de la régulation thermique et du métabolisme hydrocarboné.** — MM. WEISSENBACH, GILBERT-DREYFUS et BRISSET rapportent un cas de diabète insipide dont l'étude leur a paru intéressante à deux points de vue :

1° Au point de vue étiologique, car le diabète s'est installé subitement, le même jour qu'une hémiplégie par artérite, sept ans après le début d'une syphilis négligée, dont le diagnostic rétrospectif repose sur la constatation d'un signe d'Argyll-Robertson, d'une paralysie oculo-motrice et d'une kératite.

2° Au point de vue physiopathologique, en raison de

## SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

l'association à la polyurie d'un syndrome adiposo-génital caractéristique, d'un trouble net du métabolisme hydrocarboné, et surtout d'une fièvre inverse d'une netteté remarquable (38° tous les matins, 37° tous les soirs) traduisant l'atteinte du centre thermo-régulateur.

Ce diabète insipide a fort bien réagi à la médication post-hypophysaire. Mais ni la ponction lombaire ni le traitement antisyphilitique n'ont eu la moindre action sur la polyurie.

M. LEREBOULLET rappelle un cas où se sont succédé un syndrome de pseudo-paralysie générale, puis un infantilisme tardif, secondaire à une ostéo-périostite syphilitique de la selle turcique.

M. CLAUDE. — Peut-être s'est-il agi d'une atteinte pluriglandulaire syphilitique avec méningite secondaire de la base.

**Quelques exemples pour prouver l'efficacité du sapoïde d'or et d'osmium dans le traitement des tuberculoses osseuses et ganglionnaires.** — M. MAURICE RENAUD met en évidence l'heureuse influence de l'orosmiol en étudiant quelques observations choisies dans la série des cas qu'il a traités dans ces deux dernières années (coxalgie, mal de Pott, ostéites, adénites, gommes).

Tous ces faits se rapportant à des tuberculoses de l'adulte, évoluant depuis longtemps et pour lesquelles on ne pouvait espérer de guérison spontanée et qui apportent, d'après l'auteur, de solides arguments en faveur de l'influence favorable qu'a exercée l'Orosmiol dans les cas déjà très nombreux de tuberculose locale qu'il a enregistrés pourraient praaître plus discutables.

**Les concentrations galactosuriques fractionnées comme méthode d'exploration fonctionnelle du foie dans les ictères.** — MM. NOEL FIESSINGER et FRANÇOIS THIÉBAUT, reprenant la technique ancienne de Bauer, précisent une technique d'étude de galactosurie basée plus sur les concentrations partielles que sur les élimination globales.

En s'aidant de nombreuses observations personnelles ils montrent que dans les hépatites dégénératives aiguët ou subaiguës le galactose est éliminé surtout dans les premières heures en concentrations élevées, qui tombene à des chiffres très bas.

Par contre, dans les cirrhoses mal tolérées en deh orsd poussées dégénératives aiguës, l'élimination à concentrae tion moindre s'étale sur les vingt-quatre heures et ne descend que lentement. Dans les formes où à la cirrhos-s'associe un degré plus marqué d'hépatite, les deux phénomènes s'associent : élévation de la concentration initiale descente lente en échelons de la courbe.

L'étude des concentrations galactosuriques associe deux renseignements : le passage du galactose, le passage de l'eau. L'hépatite dégénérative fait sortir du galactose sans faire sortir de l'eau. Les altérations scléreuses étalent le galactose en retardant le passage de l'eau par le phénomène si bien mis en évidence par Gilbert, Lereboullet et Maurice Villaret et décrit sous le nom d'opsiurie.

La répétition de cette épreuve permet non seulement de reconnaître l'existence de l'hépatite, mais encore d'en prévoir l'importance.

Les résultats obtenus successivement suivent la même courbe que les fluctuations de l'évolution clinique.

**Ataxie cérébelleuse aiguë syphilitique.** — M. JACQUES DECOURT a observé chez un homme de vingt-huit ans une ataxie cérébelleuse aiguë analogue à celle que peut réaliser la sclérose en plaques. Mais le syndrome avait pour cause la syphilis, ainsi que le montrèrent les antécédents du malade et l'examen complet du liquide céphalo-rachidien. Un traitement spécifique fut institué. La guérison survint en quelques semaines.

**Ulcère de l'estomac avec hémorragies profuses. Transfusions massives. Opération. Guérison.** — MM. A. TZANCK et VIVIER. — Il s'agit d'une jeune femme de trente-cinq ans qui présente des hématémèses depuis quinze jours. En raison de son état syncopal, elle reçoit une première transfusion de 400 grammes. L'hémorragie se poursuivant, on pratique sept transfusions en quatre jours, donnant un total de quatre litres de sang. En présence de la continuation de l'hémorragie, on décide l'opération à la faveur de transfusions nouvelles. L'intervention est commencée sans anesthésie sur une malade absolument insensible. On pratique l'extirpation d'un gros ulcère proche du cardia. Pendant ce temps, la malade reçoit un litre et 800 grammes de sang pur prélevé sur quatre donneurs différents. A partir de ce moment, l'hémorragie étant arrêtée, la malade reçoit en plus deux litres de sérum intraveineux pendant que le chirurgien pratique une gastro-entérostomose. L'opération a duré une heure et demie. Les suites opératoires sont parfaites, la malade sort de la clinique dans les délais normaux.

Cette observation souligne l'importance de l'organisation en matière de transfusion sanguine et aussi l'intérêt des transfusions réellement massives qui ont rendu possible une opération irréalisable sans cela.

**Double anévrysme du ventricule gauche.** — M. ROMULO H. SILVA (de Montevideo) rapporte une intéressante observation où le diagnostic d'anévrysme ventriculaire gauche fut porté d'après les constatations radiologique faites pendant la vie du malade. L'autopsie et l'examen histo-pathologique ont montré que l'anévrysme se composait de deux poches distinctes, et qu'il n'y avait aucune lésion coronarienne ; par contre, il existait des lésions importantes de myocardite interstitielle sur toute l'étendue du myocarde.

Cette observation tend à montrer que les anévrysmes ventriculaires ne sont pas toujours la conséquence d'un infarctus myocardique par obstruction coronarienne mais qu'ils peuvent parfois être l'aboutissant d'une myocardite interstitielle.

**Traitement de l'angine de poitrine par les injections intraveineuses iodées intensives et par les injections sous-cutanées d'acide carbonique.** — MM. C. LIAN, A. BLONDEL et RACIEN, remarquant les résultats souvent médiocres des prescriptions médicamenteuses habituelles dans l'angine de poitrine d'origine cardio-artérielle, ont fait deux séries de nouvelles tentatives thérapeutiques contre cette affection.

1° Les injections intraveineuses iodées intensives réalisées avec une iodaseptine iodurée (une ampoule de 5 centicubes trois fois par semaine pendant six semaines).

2° Les injections sous-cutanées d'acide carbonique, injections quotidiennes à doses progressives de 50 à 500 centicubes, série de 20 à 30 injections.

Ces deux méthodes ont fourni assez souvent un bon résultat et n'ont pas causé d'incidents. Amélioration

# SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

grande dans 17 cas, moyenne ou légère dans 17 cas, nulle dans 10 cas.

A cette occasion, les auteurs rappellent les bons effets susceptibles d'être procurés par la radiothérapie préconisée dans l'angine de poitrine par Lian avec Barrieu et Nemours, puis avec Marchal.

Quatre années d'expérience de la radiothérapie dans l'angine de poitrine leur ont montré que cette thérapeutique maniée prudemment n'est pas dangereuse.

Tels sont les trois ordres de prescriptions nouvelles que recommandent les auteurs contre l'angine de poitrine d'origine cardio-artérielle.

**Septicémie colibacillaire au cours d'une uréthrite blennorragique. Pyélonéphrite secondaire avec azotémie et légère hypochlorémie.** — MM. A. Lemierre, P. Augier et D. Mahoudeau-Campoyer rapportent l'histoire d'un homme atteint de blennorragie qui, à la suite d'un lavage de l'urètre, présenta une septicémie colibacillaire démontrée par l'hémoculture et une pyélonéphrite descendante à colibacilles.

Au cours de ces accidents et en même temps que l'état infectieux s'améliorait, l'urée sanguine s'éleva progressivement jusqu'à $1^{gr},56$. Le dosage du chlore sanguin, à ce moment, montra une hypochlorémie légère, en même temps plasmatique et globulaire : chlore plasmatique $3^{gr},26$, chlore chlobulaire $1^{gr},70$, rapport $\frac{\text{Cl. globulaire}}{\text{Cl. plasmatique}}$ = 0,52. Le malade reçut alors quotidiennement par la bouche 5 grammes de sel. Sept jours plus tard, le chlore sanguin était revenu à la normale et l'urée avait descendu graduellement à $0^{gr},68$.

Cette légère azotémie persista encore pendant plus d'un mois, puis disparut.

La septicémie colibacillaire, bien que s'étant traduite par des phénomènes généraux intenses, a guéri dans ce cas sans aucun traitement particulier. Cette évolution favorable est la plus fréquente dans les colibacillémies qui, de toutes les septicémies, semblent être les moins redoutables.

Une azotémie modérée n'est pas rare dans les pyélonéphrites colibacillaires ; elle peut même, occasionnellement atteindre un chiffre élevé. Quant à l'hypochlorémie, d'ailleurs modérée, elle ne paraît avoir joué aucun rôle dans la genèse de l'azotémie. Celle-ci a rétrocédé lentement, en même temps que l'on rechlorurait le malade ; mais elle a persisté, à un chiffre plus bas après que le chlore sanguin a eu repris son taux normal.

Comme celle de la septicémie, la guérison de l'azotémie a été la conséquence d'une évolution spontanée.

Maurice Bariéty.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 18 octobre 1931.*

**A propos du traitement du cancer du col utérin.** — M. Bégouin apporte sa statistique d'opérations de Wertheim. Sur 40 malades retrouvés après dix ans, 50 p. 100 de guérisons maintenues, non comprises les morts opératoires (et 43 p. 100 en les y comprenant) ; 38 p. 100 restent guéris entre cinq et dix ans.

La mortalité globale, de 17 p. 100, est beaucoup plus élevée à l'hôpital, qu'en maison de santé (16 p. 100, 6 p. 100).

L'auteur insiste sur les examens préopératoires, les indications opératoires, l'anesthésie et l'importance de la radiumthérapie ; il est partisan du drainage par Mickulicz, et surtout du drainage par mèches vaginales.

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

*Séance du 17 octobre 1931.*

**Le métabolisme du phosphore dans quelques maladies généralisées des os.** — MM. M. Labbé et M. Fabrykant présentent les résultats des recherches qu'ils ont effectuées dans la maladie de Recklinghausen, l'ostéomalacie et la maladie de Paget. La formule phosphorée sanguine est analogue dans les deux premières affections et est caractérisée par l'abaissement de toutes les fractions du phosphore sanguin. Dans la maladie de Recklinghausen, le bilan d'entrée et de sortie est négatif ; il devient positif à la suite du traitement (ergostérol irradié, chlorure de calcium). Cet examen a donc une valeur pratique pour l'appréciation précoce de l'effet du traitement.

Dans la maladie de Paget, que certains auteurs allemands considèrent comme identique à la maladie de Recklinghausen, ces auteurs trouvent une formule sanguine normale, ou même une élévation du phosphore organique non lipidique ; le bilan se montre ici nettement positif.

**Le phosphore sanguin dans les affections du cœur avec foie cardiaque.** — MM. M. Labbé, C. Zamfir et M. Fabrykant ont constaté que dans les affections du cœur avec atteinte du foie, il existe un trouble du métabolisme phosphoré avec diminution des diverses fractions du phosphore sanguin. Au contraire, dans les cas où il n'y a pas de trouble du fonctionnement hépatique, la formule phosphorée du sang peut rester normale.

**Sur le passage des antitoxines et des toxines à travers la barrière méningée.** — MM. G. Ramon et P. Descombey ont vu que la barrière méningée n'est absolument infranchissable ni aux antitoxines, ni aux toxines. En particulier, le liquide céphalo-rachidien du cheval immunisé contre l'intoxication tétanique ou contre l'intoxication diphtérique contient une proportion sans doute minime, mais néanmoins très appréciable d'antitoxine spécifique. L'antigène injecté dans la cavité rachidienne du cobaye ou du lapin passe rapidement, et en grande proportion, dans la circulation générale.

**Essais sur l'immunité antitoxique : l'antigène injecté dans la cavité rachidienne provoque-t-il la formation locale d'antitoxine?** — MM. G. Ramon, P. Descombey et S. Bilal se croient autorisés à conclure de leurs recherches que l'antigène injecté dans la cavité rachidienne ne détermine pas la formation locale d'antitoxine. Quelle que soit la voie d'introduction de l'antigène, la production d'antitoxine est, comme l'immunité autitoxique qu'elle conditionne d'ailleurs, d'ordre général. L'antitoxine provenant de la circulation sanguine n'arrive dans le liquide céphalo-rachidien qu'en traversant la barrière vasculo-méningée, rendue plus aisément franchissable par la réaction méningée provoquée par l'injection intra-rachidienne d'antigène.

Félix-Pierre Merklen

# REVUE DES CONGRÈS

## XL^e CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

*Paris, 5-10 octobre 1931.*

Résumé du rapport de M. LERICHE (de Strasbourg).

« L'ulcère peptique post-opératoire est essentiellement une maladie des anastomoses faites sur des estomacs hyperacides. »

Cette complication du traitement chirurgical des ulcères gastriques et duodénaux est entourée de mystère ; ses causes nous échappent ; une série de problèmes se posent à son sujet et demeurent sans réponse. L'auteur critique les méthodes employées jusqu'à maintenant et montre comment la question doit être attaquée désormais.

Pendant longtemps on a cru à la rareté de l'ulcère peptique, soit parce que le traitement de l'ulcus initial était surtout d'ordre médical, soit parce que la complication n'était pas reconnue.

On supposait que l'origine devait en être cherchée dans une faute de technique : hémostase insuffisante, suture défectueuse, emploi de fils non résorbables ou de boutons anastomotiques, excision de muqueuse exubérante, usage de clamps offensants, infection plus ou moins accusée d'une suture ou d'un hématome de voisinage.

Actuellement, on a la certitude de la fréquence de l'ulcère peptique. Il apparaît comme la suite ou la récidive de la maladie initiale.

La pathogénie de l'ulcère post-opératoire se confond donc avec celle de l'ulcère gastro-duodénal ; connaître l'un serait connaître l'autre. Aussi, l'auteur divise-t-il son travail en deux grands chapitres, l'un concernant la pathogénie de l'ulcère spontané, l'autre celle de l'ulcère secondaire.

*Premier chapitre.* — **Pathogénie de l'ulcus spontané.** — Il s'ouvre par l'étude de l'ulcère du point de vue anatomique.

Au début, il s'agit d'une nécrose extensive du type congestif ; puis apparaissent sur la muqueuse au voisinage de l'ulcère des lésions inflammatoires.

Cet état inflammatoire, cette gastro-duodénite peut exister sans ulcère. Certains auteurs la considèrent comme un état pré-ulcéreux, sans pouvoir le démontrer. Pierre Duval et Konjetzny lui assignent une origine infectieuse ; mais Leriche fait remarquer que bien des faits expérimentaux s'inscrivent en faux contre cette hypothèse.

Quand elle existe en même temps que l'ulcère, il est curieux de noter que la gastrite est atrophique au niveau de la petite courbure, de l'antre et du pylore, et qu'elle est hypertrophique dans le fundus.

Quoi qu'il en soit de sa forme, elle coïncide avec un état microbien et son étude n'éclaire en rien la genèse de l'ulcère.

L'auteur rappelle les altérations fréquentes des nerfs de la paroi gastrique qui n'expliquent pas l'origine de l'ulcère puisqu'elles sont manifestement secondaires à cet ulcère.

La métaplasie intestinale, rare en tant qu'inclusion congénitale, paraît très fréquente, au contraire, en tant que métaplasie régressive. Elle siège surtout en zone de gastrite atrophique et s'accompagne d'une évolution mucoïde. Elle n'apprend rien non plus sur l'origine de l'ulcère.

Dans un second paragraphe le rapporteur étudie rapidement la question, du point de vue bactériologique.

Les germes sont fréquents, dit-il, en surface et en profondeur. Il faut se garder d'en conclure à une origine infectieuse évidente. Les ulcères de jambes sont eux aussi chroniquement infectés ; ils ne sont cependant pas d'origine microbienne.

Enfin, suit une étude patiente, minutieuse de l'ulcus expérimental.

L'auteur rappelle les travaux de Schiff (1846) et ceux de ses disciples qui maintes fois ont obtenu des ulcères anatomiquement identiques aux ulcères humains, par voie vasculaire, par voie nerveuse soit centrale, soit médullaire, soit périphérique : vague ou sympathique, par excision de muqueuse et administration d'acide chlorhydrique, par suppression de certaines glandes : surrénale, thyroïde, par administration de ferments digestifs extragastriques : trypsine, par exclusion partielle de l'estomac, par gastro-entérostomie, par exclusion pyloro-antrale, par dérivation à distance des sucs duodénaux, biliaires, pancréatiques, par dérivation dans l'estomac de ces mêmes sucs, par administration de repas fictifs chez des chiens œsophagostomisés, par injections répétées d'histamine.

De ces multiples expériences il faut conclure que les ulcères ainsi obtenus n'évoluent pas avec le cortège fonctionnel bien connu de l'ulcère humain spontané. Il n'y a pas notamment cette hypersécrétion et cette hyperchlorhydrie qui donnent à l'affection sa physionomie propre.

L'expérimentation crée la lésion anatomique, mais non la maladie.

Suit une critique serrée de toutes ces méthodes, tout spécialement des techniques de dérivation et de la théorie de Boldyreff qui les anime, et que l'auteur condamne sans appel.

La protection de la muqueuse gastrique contre l'acidité et l'action peptique ne dépend certes pas d'un antipéristaltisme ni d'un reflux biliaire.

Ces expériences ne peuvent servir qu'à l'étude de l'ulcus post-opératoire.

Mais alors, pourquoi cette faillite de l'expérimentation ? Il semble que les conditions choisies soient trop éloignées des conditions normales.

Vouloir étudier le déterminisme d'une maladie essentiellement gastrique en modifiant le « segment aval » de l'estomac, en changeant des conditions chimiques qui n'intéressent pas directement l'estomac, c'est s'engager sur une fausse piste qui ne peut mener à rien.

Pour créer des ulcères il suffit du reste d'agir simplement sur l'estomac sans passer par le détour des sucs alcalins, en modifiant par exemple l'innervation de l'organe. Cependant cela ne donne pas encore la solution cherchée, car l'ulcère se produit spontanément sans que ces conditions soient réalisées.

Le problème de la pathogénie de l'ulcère ne sera résolu que quand nous saurons par quel mécanisme une section antrale suivie de suture, ou une gastro-entérostomie arrive à déclencher les modifications histologiques et fonctionnelles qui conduisent à l'ulcère, et quand nous pourrons superposer ces modifications à celles qu'on trouve chez l'homme qui fait un ulcus pour une cause encore inconnue.

Ces modifications doivent être d'un sens très élémentaire, à la façon de toutes les réactions post-opératoires ; et

l'auteur de faire remarquer ce paradoxe, qu'elles guérissent la maladie quand elle existe déjà, et qu'elles la produisent quand elle n'existe pas.

Pour sortir de cette impasse, il convient d'aborder le problème sous un autre jour. Ce que l'expérimentation ne nous dit pas, demandons-le à une analyse des conditions au milieu desquelles évolue l'ulcus chez l'homme. Et c'est pourquoi l'auteur passe en revue toutes les particularités anatomiques, cliniques et opératoires de l'ulcère.

De cet examen détaillé, Leriche croit pouvoir conclure que l'ulcère n'est pas un trouble tropho-névrotique, ni une maladie de nature infectieuse. Il évolue toujours avec hypersécrétion et hyperchlorhydrie et ce sont ces conditions qu'il faut étudier désormais pour connaître la genèse de cette curieuse maladie et par suite tenter de la guérir.

Avant d'être une affection de l'estomac ou du duodénum, l'ulcère est une affection tissulaire, soit de l'épithélium glandulaire, soit de l'endothélium vasculaire, soit enfin du tissu conjonctif.

Sa localisation n'est pas indifférente. Toujours il se présente dans une zone garnie de glandes à mucus ; et l'auteur regrette, à ce sujet, que nos traités de physiologie nous renseignent si peu sur la nature de ce mucus qui, manifestement, joue un rôle considérable dans l'évolution de l'ulcère.

Il convient de rappeler que l'estomac est garni d'un épithélium formé uniformément d'une couche de cellules à mucus. Cet éphithélium présente des dépressions tapissées des mêmes cellules. Au fond de ces dépressions s'ouvrent des glandes tubulées dont les unes donnent encore du mucus, les autres de la pepsine.

Mais tandis que les glandes à mucus se trouvent seulement dans le fundus, les autres se rencontrent au niveau de la petite courbure, de l'antre, du pylore et de la première portion du duodénum.

Il semble bien que le rôle essentiel du mucus soit de protéger la muqueuse, et Leriche se demande si l'ulcère n'est pas la conséquence d'une perte ou tout au moins d'une diminution de ce pouvoir protecteur, par précipitation sous l'effet d'une acidité trop forte ou se produisant à contre-temps.

D'où la nécessité d'étudier maintenant la question de l'acidité gastrique.

Schiff a prouvé que la zone fundique est le lieu exclusif de la production de la pepsine. Les travaux de Delogers, Johnson et Breckmau démontrent que cette même zone est également productrice de l'acide, l'antre gardant toujours vis-à-vis des réactifs, et notamment du ferrocyanure de potassium, une coloration caractéristique des milieux alcalins.

D'autres constatations sont pleines d'intérêt. L'estomac privé de sa circulation ne présente plus la réaction d'acidité ; il en est de même de l'estomac à jeun.

Il semble donc qu'à jeun, l'estomac soit alcalin, qu'en digestion, il soit acide dans la région fundique, seule élaboratrice de la sécrétion chlorhydrique, et que l'antre ait toujours un revêtement alcalin, même en période de digestion.

En résumé, il existe deux zones dans l'estomac : l'une acide, l'autre alcaline, nettement délimitées. Le mucus serait précipité dans la zone acide ; il serait dissous dans la zone alcaline. La solution gommeuse ainsi créée ferait un isolant parfait, un protecteur de tout repos pour la muqueuse gastrique. Et l'auteur en arrive à faire l'hypothèse que la production de l'ulcère serait due à une modification du mucus antral.

Qu'un trouble quelconque survienne dans la sécrétion fundique, qu'à jeun, par exemple, un suc acide vienne au contact du mucus de surface des zones alcalines, voilà le mucus précipité par endroits, et la muqueuse devenue vulnérable.

On peut encore supposer une altération de la sécrétion du mucus, celui-ci étant produit en moindre abondance que normalement ; et voici la muqueuse plus ou moins à nu.

Cette lésion initiale de la muqueuse est absolument vraisemblable. Les expériences si nombreuses et si différentes réalisées jusqu'ici ont presque toujours donné naissance à une hyperémie de la muqueuse, et toutes montrent que c'est la région alcaline de l'estomac qui est la région vulnérable.

Il est permis de croire que c'est cette hyperémie qui conditionne l'hypersécrétion et l'hyperacidité, et qui, d'autre part, favorise une évacuation plus rapide du mucus au niveau des glandes pyloriques, laissant ainsi la zone de ces glandes moins bien protégée contre l'auto-digestion.

L'ulcère ne serait ainsi que l'aboutissant ultime des modifications inflammatoires de la zone des glandes à mucus.

Mais la question est plus complexe. Des expériences récentes ont montré que la zone alcaline où ne se produit pas d'acide chlorhydrique est le point de départ d'une excitation qui engendre à distance cet acide au niveau du fundus. L'autre fait naître l'acidité, mais ne la produit pas. Cette excitation s'expliquerait par la production d'une hormone, s'il faut du moins souscrire aux conclusions d'Edkins.

*Deuxième chapitre.* — **Pathogénie de l'ulcère post-opératoire.** — L'ulcère post-opératoire, qui dans la majorité des cas est un ulcère jéjunal, siège sur un segment du tube digestif qui, normalement, n'est pas fait pour servir de passage au suc gastrique chlorhydro-peptique. Le jéjunum n'a pas pour se protéger cet abondant mucus alcalin qui tapisse la région antro-duodénale.

On peut donc dire que la gastro-jéjunostomie est en soi antiphysiologique et que la seule anastomose qui respecte la physiologie est la gastro-duodénostomie transpylorique.

Rien d'étonnant après cela que la gastro-entérostomie banale soit suivie de temps en temps de l'apparition d'un ulcère jéjunal. Ce dernier prend alors la valeur d'un ulcus expérimental.

L'auteur ne croit guère au rôle de la technique opératoire dans la production de l'ulcère peptique. Il attache cependant une importance nette à la stase gastrique qui suit certaines opérations. Elle irrite à contre-temps la muqueuse antrale et excite fâcheusement la sécrétion acide.

Bon nombre de gastro-entérostomies parfaites chirurgicalement sont défectueuses physiologiquement. L'essentiel, semble-t-il, est d'éviter cette stase.

Mais un autre facteur est à envisager, bien mis en relief par Pierre Duval : l'existence d'une gastrite inflammatoire au moment de l'opération. Ce serait là la cause habi-

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

tuelle, et l'ulcère peptique serait d'origine infectieuse.

Enfin, on peut se demander si la localisation initiale ne joue pas un rôle, car l'ulcère post-opératoire se montre surtout fréquent après l'ulcus juxtapylorique et duodénal.

L'auteur passe en revue tous les procédés de gastro-entérostomie et étudie spécialement les gastrectomies.

A des degrés différents toutes ces techniques exposent à l'apparition de l'ulcère peptique, car toutes laissent subsister un fragment d'estomac où peut persister l'acidité.

En dernier ressort, l'ulcus jéjunal apparaît comme un ulcère peptique dû à l'action d'un suc acide sur une muqueuse non protégée. Toute anastomose gastrique crée sur la grande courbure de l'estomac une anomalie physiologique mettant en contact un suc acide et une muqueuse non protégée. Les conditions d'apparition de l'ulcère secondaire sont donc identiques à celles qui préparent l'apparition de l'ulcère initial.

### *Discussion.*

M. Kummer (de Genève), sur 297 opérés, a vu 7 cas d'ulcères peptiques et en a opéré 4 provenant d'autres services.

Dans ces 7 cas personnels, il s'agissait de gastro-entérostomisés. Il a pratiqué les opérations les plus diverses, car 6 de ces malades présentaient une perforation et 3 des fistules jéjuno-coliques. 3 ont été réopérés deux, trois et quatre fois. En tout, les 11 malades représentent 20 interventions suivies de 6 décès post-opératoires et 5 survies n'ayant pas dépassé six ans pour les meilleurs cas.

M. Stolz (de Strasbourg), de 1917 à 1930, a observé 23 ulcères peptiques, dont 8 après exclusions et 15 après gastro-entérostomies, avec 3 morts post-opératoires.

18 malades ont été revus ; 7 avaient subi une excision simple avec rétablissement de la gastro-entérostomie et 11 des résections larges.

Sur les 7 excisions, on note un seul succès vrai se maintenant depuis cinq ans et demi, un résultat médiocre, 5 morts au bout de trois ans en moyenne. Les 11 résections ont été suivies de 9 bons résultats, d'un résultat médiocre et de 2 morts après quatre ans.

MM. Bérard et Desjacques (de Lyon) ont observé 2 ulcères peptiques sur 88 opérés revus à distance. Traités chirurgicalement, ces 2 malades sont restés guéris.

Les auteurs soulignent les excellents résultats que donne en cas de perforation la seule suture et l'enfouissement : 12 succès sur 13 cas.

Dans les ulcères non perforés, la gastro-entérostomie seule a donné la guérison, dans 70 p. 100 des ulcères duodénaux, 79 p. 100 des ulcères pyloriques et 61 p. 100 des ulcères de la petite courbure.

La seule possibilité d'apparition d'un ulcère peptique ne suffit donc pas à imposer la résection, exception faite des indications classiques : ulcères calleux, hémorragiques, etc.

MM. Brocq et Chabrut (de Paris) pensent qu'à l'origine de tout ulcère peptique, on trouve une gastro-entérostomie anatomiquement mal placée.

La dégastro-entérostomie, avec résection de l'ulcus, est une opération insuffisante dans l'ulcère jéjunal. De toute nécessité, on doit établir une nouvelle bouche placée de telle façon que le drainage gastrique s'effectue normalement, ou bien il faut pratiquer une large résection.

MM. Weiss, Graves et Gurrianan (de Strasbourg), ayant réalisé de nombreuses expériences, croient que les muqueuses antrales et duodénales sont surtout protégées contre le suc acido-peptique gastrique par le reflux alcalin bilio-pancréatique.

Ils ont étudié les conditions de ce reflux, et repris, un peu modifiée, l'opération de Mac Caun. En déplaçant l'anastomose jéjuno-gastrique vers le pylore, les auteurs n'ont jamais observé d'ulcus peptique ; en la fixant sur le fondus, ils ont observé 80 p. 100 de ces mêmes ulcères.

M. Verhoogen (de Bruxelles) est en opposition formelle avec les conclusions de la plupart des orateurs. Il pratique l'exclusion pylorique et fait ses sutures à la soie. Il n'a que très rarement observé des ulcères secondaires.

MM. Fontaine et Hermann (de Strasbourg) exposent en détail les expériences qu'ils ont entreprises sous la direction de Leriche.

Ils ont réalisé la dérivation du suc gastrique sur 30 chiens. 15 expériences sont à retenir. L'ulcère souvent multiple siégeait toujours sur le jéjunum à proximité de l'anastomose.

Les animaux ont survécu seulement quelques semaines, l'ulcère s'étant généralement perforé.

La rapidité de l'évolution de l'ulcère peptique dépend surtout de la longueur du segment grêle exclu. Après une exclusion de 85 à 100 centimètres, on obtient des ulcères chroniques mettant plusieurs mois à évoluer.

Une autre série d'expériences a montré qu'après une exclusion antrale, le fundus devient hyperchlorhydrique ; achlorhydrique, par contre, si l'on substitue à l'exclusion l'antrectomie totale.

L'examen des coupes histologiques provenant de chiens sacrifiés à jeun ou en pleine digestion a montré que le mucus de surface colorable au microcarmin est moins abondant au niveau de l'antre qu'au niveau du fundus, et que cette différence s'accuse en période digestive.

La dissolution du mucus en zone alcaline explique peut-être que la partie alcaline de l'estomac soit le siège de prédilection des ulcères.

M. Mayer (de Bruxelles) expose sa statistique qui porte sur 328 cas de gastro-entérostomies pour ulcères gastriques ou duodénaux. La mortalité opératoire a été de 2,4 p. 100. Aucun ulcère peptique n'a été observé. L'auteur estime, comme les rapporteurs, que cette complication est rare si la gastro-entérostomie a été faite sur des indications précises, si elle est suffisamment large, si on n'y ajoute ni exclusion pylorique ni anastomose en Y.

La résection très large de Haberer destinée à rendre l'estomac anachlorhydrique est plus grave. Elle exige quand même un régime sévère ; elle crée souvent une anémie sérieuse ; elle est d'exécution difficile.

L'auteur signale un cas de jéjunostomie pour ulcère calleux inopérable suivi de guérison, superposable à celui relaté par Balfour.

Quand l'ulcère peptique s'accompagne de phénomènes douloureux intenses, la dégastro-entérostomie avec excision de l'ulcère et duodénectomie semble l'opération de choix.

Du point de vue pathogénique, l'ulcus peptique est souvent le résultat d'opérations faites suivant une mau-

vaise technique ou d'après des indications insuffisantes. La stase et les modifications du mucus jouent un rôle dans son évolution.

Le reflux duodénal pourrait intervenir dans la guérison de l'ulcère gastro-jéjunal ; l'essentiel dans le traitement de cette lésion est d'assurer une bonne dérivation mécanique.

M. Jacobovici (de Cluj) rapporte 20 opérations pour ulcères peptiques post-opératoires.

Deux fois il a retrouvé le fil de soie ayant servi à pratiquer la suture séro-séreuse. Toujours il a observé la constance de l'hyperacidité. Quatre fois il a noté une perforation, trois fois des fistules gastro-jéjuno-coliques.

Le meilleur traitement prophylactique consiste dans la résection large des ulcères, qui met davantage à l'abri de cette complication que les opérations palliatives.

L'ulcère peptique doit être traité précocement. On fera une résection large de l'estomac, de la première portion du duodénum et de la portion correspondante de l'anse intestinale, suivie d'entéro-anastomose et anastomose termino-latérale gastro-jéjunale à la Reichel. Sur 7 cas l'auteur a eu 4 guérisons et 3 morts.

La résection simple de la bouche anastomotique avec rétablissement de l'anastomose a donné 5 guérisons sur 7 cas.

Cette intervention n'est à conseiller que si l'état local et l'état général ne permettent pas la résection large.

Si la fistule gastro-jéjuno-colique est constituée, il faut pratiquer une résection en bloc de l'estomac, de l'anse jéjunale et du côlon au niveau de l'anastomose.

**Procédé pour les mauvais cas d'ulcèrps perforés de l'estomac et du duodénum.** — M. Deton (de Charleroi). Ce procédé dérive de la gastrostomie temporaire recommandée par Léo dans les péritonites et les occlusions. On réalise une gastrostomie à travers l'orifice de perforation spontanée. Une sonde de Pezzer ou mieux de Malécot doit obturer complètement l'orifice.

7 cas ainsi traités ont donné 4 guérisons et 3 morts.

M. de Quervain (de Berne) a observé, de 1910 à 1920, 9 ulcères peptiques sur 184 interventions. De 1920 à 1930, il n'en a observé que 8 sur 337 interventions.

Il pense que cette amélioration de ses statistiques est due à l'abandon de l'opération d'Eiselberg et à l'emploi de fils résorbables.

La bonne orientation de la bouche anastomotique aurait plus d'importance au point de vue prophylactique que tous les détails de technique.

**Gastrectomie pour ulcus jéjunal.** — M. Pauchet (de Paris). Tout ulcus gastrique chronique doit être traité par la gastrectomie. De même, le traitement préventif de l'ulcus peptique est la gastrectomie d'emblée en présence d'un ulcus gastrique ou duodénal actif.

Et l'auteur entend par ulcus actif celui qui saigne, qui est douloureux, qui s'aggrave.

L'ulcus duodénal « éteint » peut guérir par simple gastro-entérostomie. On peut dire qu'à la rigueur l'ulcus gastro-duodénal, dans certaines conditions, peut être traité médicalement ; l'ulcus jéjunal, jamais !

L'auteur conseille de ne pas faire de gastro-entérostomies sur les ulcères fantômes, non visibles. Il s'agit d'un spasme réflexe du pylore qui guérit par l'appendicectomie. Du reste, l'ulcus jéjunal consécutif à une gastro-entérostomie pour ulcus fantôme guérit par la simple dégastro-entérostomisation.

Dans tous les autres cas, l'ulcère peptique sera traité par une gastrectomie large.

Les fistules gastro-jéjuno-coliques seront traitées par gastrectomie. Parfois la colectomie s'impose.

La gastrectomie pour ulcère duodénal donne 20 p. 100 de mortalité ; pour ulcus gastrique, elle en donne 8 p. 100.

La gastrectomie pour ulcus jéjunal accompagné de fistule gastro-colique-jéjunale est excessivement meurtrière.

M. Alessandri (de Rome) est d'accord avec Leriche sur l'importance du rôle de l'hyperacidité gastrique sur la genèse de l'ulcère. Il pense cependant que la cause déterminante de la localisation dépend plutôt de l'insuffisance des sucs alcalins duodénaux que du mucus gastrique.

L'ulcère peptique serait une complication de la gastro-entérostomie et non de la gastrectomie. Celle-ci doit consister en une résection large : duodéno-pyloro-gastrique.

Quand surgit un ulcère post-operatoire, il faut pratiquer une résection de l'anse jéjunale anastomosée — et suturer bout à bout — puis supprimer une large portion de l'estomac et pratiquer une réunion gastro-duodénale.

**Un cas de double dégastro-entérostomisation.** — M. Viannay (de Saint-Etienne) rapporte l'observation d'un homme de quarante-neuf ans qui avait subi deux gastro-entérostomies, une postérieure en 1926, une antérieure en 1928.

L'année suivante, l'auteur l'opère à son tour. On notait des douleurs après le repas, un point douloureux fixe un peu à gauche de la ligne médiane ; pas de vomissement.

La laparatomie montra une symphyse totale du péritoine sous-ombilical englobant l'estomac, duodénum, vésicule biliaire, ainsi que la bouche de gastro-entérostomie antérieure.

L'auteur se borna à libérer les adhérences. Une amélioration des troubles fonctionnels s'ensuivit et se maintint pendant un an. A ce moment, réapparition des douleurs qui prennent le caractère des douleurs de l'ulcus peptique.

Une seconde intervention, également pratiquée par l'auteur sous anesthésie régionale, consiste en la résection des deux bouches de gastro-entérostomies et de l'anse jéjunale intermédiaire. Un raccordement du grêle par entérorraphie termino-terminale du bout efférent de la gastro-entérostomie postérieure avec le bout efférent de la gastro-entérostomie antérieure termine l'intervention. Cessation immédiate des douleurs.

Ce bon résultat demeure compromis par une tuberculose pulmonaire d'évolution récente.

(*A suivre.*) M. Dariau.

# NOUVELLES

**Congrès international d'hygiène méditerranéenne** (Marseille, 20 à 25 septembre 1932), organisé sous les auspices de la Faculté de médecine de Marseille. — COMITÉ DE PATRONAGE. — MM. les ministres de l'Instruction publique, de la Santé publique, des Affaires étrangères, de l'Intérieur, de la Guerre, de la Marine, de la Marine marchande.

MM. le gouverneur général de l'Algérie ; le Résident général en Tunisie ; le Résident général au Maroc ; le haut commissaire de la République française en Syrie ; le président des Délégations financières algériennes ; le maire de Marseille ; le président du Conseil général des Bouches-du-Rhône ; le président de la Chambre de commerce de Marseille ; le directeur de l'Enseignement supérieur au ministère de l'Instruction publique ; le directeur de l'Hygiène au ministère de la Santé publique.

Les Facultés de médecine d'Alger, Beyrouth, Damas, Marseille, Montpellier. Les Instituts Pasteur d'Alger, d'Athènes, de Casablanca, de Paris, de Tanger, de Tunis. Le Comité d'hygiène de la Société des nations. L'Union internationale contre la tuberculose ; l'Union internationale contre le péril vénérien. L'Organisation internationale contre le trachome.

COMITÉ D'HONNEUR. — *Présidents d'honneur* : MM. E. Roux, de l'Institut, directeur de l'Institut Pasteur A. Honnorat, sénateur, ancien ministre, membre du Conseil de l'Université d'Aix-Marseille.

*Membres d'honneur* : MM. Achard, de l'Institut ; Auché, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Bordeaux ; L. Bernard, de l'Académie de médecine, président du Conseil supérieur d'hygiène publique de France ; Bertin Sans, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier, directeur de l'Institut Pasteur d'Athènes ; Borrel, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Strasbourg ; Brisac, directeur de l'Office national d'hygiène sociale ; A. Calmette, de l'Institut ; Chassevant, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine d'Alger ; le professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lyon ; Dopter, de l'Académie de médecine ; le médecin général inspecteur, directeur du Service de santé de l'armée ; Lafforgue, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Toulouse ; Larnet, inspecteur général du Service de santé au ministère des Colonies ; Leclainche, de l'Institut ; L. Martin, de l'Académie de médecine ; F. Mesnil, de l'Institut et de l'Académie de médecine ; Ch. Nicolle, de l'Institut ; J. Parisot, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Nancy ; Pierret, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lille ; Pouchet et J. Renault, de l'Académie de médecine, vice-présidents du Conseil supérieur d'hygiène publique de France ; Remlinger, directeur de l'Institut Pasteur de Tanger ; Edm. Sergent, directeur de l'Institut Pasteur d'Alger ; Tanon, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris ; Vallée, de l'Académie de médecine ; H. Vincent, de l'Institut.

MM. le préfet des Bouches-du-Rhône ; le recteur de l'Université d'Aix-Marseille; les doyens des Facultés de médecine d'Alger, Marseille Montpellier; le médecin général, directeur au ministère de la Guerre ; le médecin général, directeur du Service de santé de la XV^e région ; le médecin général, directeur du Service de santé de la Marine, l'inspecteur général du Service de santé au ministère des Colonies ; le médecin général, directeur de l'école d'application du Service de santé des troupes coloniales ; l'inspecteur général des Services d'hygiène et de la Santé publiques de l'Algérie ; le chef de Service de l'hygiène publique près la direction générale de l'Intérieur en Tunisie ; le directeur de la Santé et de l'Hygiène publiques du Maroc.

BUREAU. — *Président du Congrès* : E. Marchoux, de l'Académie de médecine, professeur à l'Institut Pasteur de Paris.

*Vice-présidents du Congrès* : MM. Euzière, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier ; Imbert, doyen de la Faculté de médecine de Marseille ; Leblanc, doyen de la Faculté de médecine d'Alger.

*Secrétaire général* : H. Violle.

*Secrétaire général adjoint* : Ch. Broquet.

*Trésorier* : G. Baillière.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général : à *Marseille* : D^r H. Violle, laboratoire d'hygiène de la Faculté de médecine, 40, allées Léon-Gambetta.

*A Paris* : D^r Ch. Broquet, 105, boulevard Saint-Germain (VII^e).

BUT DU CONGRÈS. — Ce Congrès a pour but, en permettant aux divers savants des pays méditerranéens de se rencontrer, de leur fournir en même temps les moyens d'établir à la fois le bilan des notions acquises et celui des problèmes d'hygiène à résoudre encore ou en voie de solution.

Le Comité a pensé qu'il était préférable de limiter à cinq le nombre des rapports faisant l'objet des questions principales ci-dessous indiquées.

Les communications se rapportant à d'autres sujets seront faites et discutées aux séances d'après-midi dans l'ordre indiqué ci-dessous.

PROGRAMME. — *Lundi 20 septembre.* — Matin 9 heures : séance solennelle d'ouverture.

Premier rapport : La spirochétose espagnole, par M. Sadi de Buen.

Discussion.

Après-midi 2 heures : Communications : Démographie. Mouvements de la population. Emigration. Immigration.

*Mardi 21 septembre.* — Matin 9 heures, 2^e rapport : La dengue, par M. Blanc.

Discussion.

Après-midi 2 heures : Communications : Météorologie. Climatisme. Urbanisme. Génie sanitaire. Hygiène du rivage le long des mers sans marée. Questions connexes d'hydrologie et de géologie.

*Mercredi 22 septembre.* — Matin 9 heures, 3^e rapport : La fièvre ondulante, par M. Burnet.

Discussion.

Après-midi 2 heures, Communications : Etude des maladies les plus communes dans le bassin méditerranéen :

Maladies par contamination directe ; Trachome. Lèpre. Tuberculose. Maladies vénériennes. Fièvre typhoïde.

*Jeudi 23 septembre.* — Matin 9 heures, 4^e rapport : La fièvre exanthématique méditerranéenne, par Olmer.

Discussion.

Après-midi 2 heures, Communications : Maladies transmises par contamination indirecte :

Phlébotomes : Fièvre à pappataci. — Leishmanioses.

## NOUVELLES *(Suite)*

— Poux : typhus exanthématique. — Spirochétoses en général. — Puces : peste. — Moustiques : fièvre jaune. — Paludisme.

*Vendredi 24 septembre.* — Matin 9 heures, 5e rapport : Des procédés modernes de dératisation des navires, par M. Lutrario.

Discussion.

Après-midi 2 heures, Communications : Prophylaxie publique et privée des maladies infectieuses les plus communes dans le bassin méditerranéen. Ententes internationales.

Des excursions auront lieu le samedi 25 et dimanche 26 septembre.

Règlement concernant les rapports et communications. — *Rapports.* — Les rapports devront être remis dactylographiés en double exemplaire avant le 1er mai 1932 et seront accompagnés d'un résumé pour la presse. Ils ne dépasseront pas 10 pages d'impression grand in-octavo. Les rapporteurs sont priés d'indiquer si leurs rapports seront accompagnés de projections ou de films cinématographiques.

*Communications.* — Les communications qui seront remises dactylographiées en double exemplaire avant le 1er mai seront imprimées et distribués aux congressistes, elles ne pourront pas dépasser 5 pages d'impression. Les auteurs sont priés de joindre un résumé de 10 à 15 lignes pour la presse et d'indiquer si leurs communications seront accompagnées de projections ou de films cinématographiques.

Langues officielles. — Les langues admises au Congrès sont : l'anglais, l'espagnol, le français, l'italien. Les discussions en séance ne seront traduites oralement que sur demande. Les congressistes sont priés de se servir autant que possible du français afin de faciliter les échanges de vues.

*Avis important.* — Toute communication non remise avant la clôture du Congrès ne sera pas imprimée, car le désir instant du bureau est de distribuer les comptes rendus dans le plus bref délai possible après l'issue du Congrès.

Inscriptions. — Les personnes qui désirent être inscrites comme membres du Congrès sont priées de s'adresser à M. Georges Baillière, trésorier, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

Elles devront ajouter à leur demande d'inscription le montant de leur cotisation, soit 100 francs. Le montant pourra être versé soit sous forme de mandat-poste, soit au compte chèque postal Paris-202.

Réceptions. Facilités de transport. — Le Comité local organisera des réceptions en l'honneur de MM. les congressistes. Le programme de ces réceptions à la Faculté de médecine, à la mairie, à la Chambre de commerce sera donné ultérieurement, ainsi que celui des excursions projetées.

Les facilités de voyage accordées aux congressistes seront également indiquées dans une brochure spéciale qui sera envoyée au mois de février.

**Société française d'hématologie.** — La Société française d'hématologie a tenu sa première séance le mercredi 4 novembre à 9 h. 30, à l'Hôtel-Dieu, salons Saint-Christophe (service du professeur Carnot), sous la présidence d'honneur du professeur Hayem et sous la présidence du professeur Chauffard.

Le bureau de la Société est composé ainsi :

*Président d'honneur :* M. Hayem.

*Président* : M. Chauffard.

*Vice-présidents* : MM. Achard, Vaquez, Jolly, Sabrazas, Nolf.

*Membres du Comité* : MM. Aubertin, Clerc, N. Fiessinger, Roskam, P. Emile-Weil, Weinberg.

*Secrétaire général* : M. Paul Chevallier.

*Secrétaire général adjoint* : M. Jean Bernard.

*Trésorier* : M. Weissenbach.

*Trésorier adjoint* : M. Deren.

*Bibliothécaire* : M. G. Rosenthal.

Parmi les 300 premiers adhérents, on relève les noms suivants : Abrami, Ambard (Strasbourg), Arrilaga (Byenos-Ayres), Ascoli (Palerme), de Beco (Liége), F. Bezançon, L. Binet, Bogomoletz (Kiev), Brites (Coimbre), P. Carnot, Castex (Buenos-Ayres), Di Gugliemo (Pavie), Favre (Lyon), Ferrata (Italie), Firket (Liége), Fontes (Strasbourg), Frank (Breslau), Goormaghtigh (Gand), R. Grégoire, Hallion, P. Harvier, Hirschfeld (Berlin), Hynek (Prague), Koranyi (Budapest), La Barre, Labbé, Laignel-Lavastine, Landsteiner (New-York), Laubry, Lemaire (Liége), Lévy-Solal, Madsen (Copenhague), Masy Magro (Alicante), Merklen (Strasbourg), Micheli (Turin), Minot (Boston), Monier-Vinard, Oberling, Olmer (Marseille), Pagniez, Sv. Petri, Pittoluga (Madrid), Portier, Rathery, Rieux, Rist, N. Rosenthal (New-York), Roussy, Sahli (Berne), Schittenhelm (Kiel), I. Solomon, Soula (Toulouse), Tournade (Alger), Udaondo (Buenos-Ayres), Titu Vasiliu (Cluz), Villaret, Zunz (Bruxelles).

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr P. Chevallier, hôpital Cochin, rue du Faubourg-Saint-Jacques, Paris (XIVe).

**Congrès international de la lithiase biliaire.** — Le Congrès international de la lithiase biliaire se tiendra à Vichy du 19 au 22 septembre 1932, sous la présidence de M. le professeur Carnot, membre de l'Académie de médecine.

Il comprendra quatre sections :

1° Médecine.

2° Chirurgie.

3° Thérapeutique et hydrologie.

4° Electro-radiologie et physiothérapie.

Le titre des communications devra être annoncé par écrit avant le 1er juin 1932, au secrétariat général. Le texte des communications, dactylographié et corrigé *ne varietur*, sera remis au secrétaire général à la suite de leur présentation au Congrès.

Il ne devra pas avoir plus de cinq pages de quarante lignes de soixante-huit lettres.

Etant donné le nombre déjà important de communications annoncées, chaque congressiste ne pourra avoir droit qu'à une seule communication d'une durée de dix minutes au maximum.

Le droit d'inscription au Congrès, comprenant l'envoi du volume des rapports, est fixé à la somme de 50 francs français pour les membres titulaires.

Les congressistes accompagnés de personnes de leur

## NOUVELLES *(Suite)*

famille désireuses de prendre part aux fêtes et réceptions organisées à l'occasion du Congrès, devront annoncer, en s'inscrivant, le nombre de ces personnes qui recevront le titre de membre associé et pour chacune desquelles il sera versé une cotisation de vingt-cinq francs français.

Des indications complémentaires seront adressées ultérieurement aux congressistes.

Les médecins désireux de prendre part au Congrès sont priés de bien vouloir adresser leur adhésion et toute correspondance au secrétariat général du Congrès, 24, boulevard des Capucines, Paris.

**Les assistantes d'hygiène scolaire.** — M. Besombes, conseiller municipal, a déposé sur le bureau de l'Assemblée une proposition tendant à la création d'un service groupant les assistantes d'hygiène scolaire et les infirmières chargées de la surveillance dans les squares publics réservés aux enfants et à son rattachement à la direction du service de l'enseignement.

**Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.** — M. le professeur Henri Claude commencera ses leçons cliniques à l'amphithéâtre de la clinique le mercredi 18 novembre 1931, à 10 heures, et continuera son enseignement les mercredis suivants, à la même heure.

Le samedi, à 10 heures : Leçon policlinique avec présentation de malades.

**Anatomie pathologique.** — I. *Cours et travaux pratiques.* — M. le professeur G. Roussy, en collaboration avec MM. Leroux, Oberling, et Huguenin, fera, cette année, l'enseignement aux élèves de 3e année en liaison avec les travaux pratiques afin d'enlever tout caractère doctrinal et théorique à cet enseignement qui s'adresse avant tout à de futurs médecins.

Dans ce but, les élèves seront groupés en 4 ou 5 séries, qui recevront chacune, pendant deux mois, un enseignement complet, à raison de quatre séances de deux heures par semaine. Chaque séance comprendra : 1° un exposé succinct d'une des grandes questions d'anatomie pathologique, fait par le professeur ou les agrégés, à l'aide de planches murales, de projections microphotographiques et cinématographiques ; 2° des démonstrations et des exercices de diagnostic de pièces anatomiques et de préparations histologiques faites sous la direction de M. Leroux, agrégé, chef des travaux, par MM. Busser, Delarue, Foulon et Albot, assistants d'anatomie pathologique.

La première série commencera le 14 novembre, à 15 heures, à l'amphithéâtre d'anatomie pathologique. Les suivantes se succéderont tous les deux mois.

Les élèves pourront compléter cet enseignement en suivant l'un des cours de perfectionnement ci-dessous annoncés.

II. *Cours de perfectionnement.* — Les cours de perfectionnement suivants auront lieu durant l'année scolaire 1931-1932.

1° Premier cours de technique et de diagnostic anatomo-pathologiques, par MM. Ch. Oberling, agrégé, et Delarue assistant. Ce cours, commencé le 15 octobre et qui comprend 18 séances de technique et de diagnostic portant sur les affections médicales, comporte encore quelques places disponibles. Les inscriptions seront reçues jusqu'à lundi soir 19 octobre, au laboratoire d'anatomie pathologique.

Ce cours est destiné aux docteurs français et étrangers, aux internes en médecine et aux étudiants ayant terminé leur scolarité.

2° Deuxième cours de technique et de diagnostic anatomo-pathologiques, par MM. Leroux, agrégé, chef des travaux, et Busser, assistant. Ce cours comprend vingt séances de démonstrations pratiques et de diagnostics portant sur les affections chirurgicales. Il aura lieu au mois d'avril 1932 (droits : 300 francs).

3° Cours de technique hématologique et sérologique, par M. Ed. Peyre, chef de laboratoire. Ce cours, de douze leçons, aura lieu au mois de mai 1932 (droits : 250 francs).

4° Cours sur le cancer. — Ce cours, qui portera sur l'ensemble des questions biologiques et cliniques touchant au cancer, aura lieu, à l'Institut du cancer, au mois de juillet 1932. Une affiche détaillée en fera connaître le programme.

Les démonstrations théoriques et pratiques seront faites, matin et soir, pendant toute la durée du mois de juillet.

III. *Cours supérieur.* — Ce cours, portant sur des questions anatomo-pathologiques d'actualité, s'adresse aux étudiants en fin de scolarité et aux médecins français et étrangers. Il sera fait par le professeur Roussy, avec la collaboration de MM. Leroux, Oberling et Huguenin, agrégés

Les conférences commenceront le vendredi 8 janvier 1932, à 17 heures, au Petit Amphithéâtre et se continueront tous les vendredis, pendant les mois de janvier, février et mars.

**Cours de séméiologie élémentaire de l'appareil urinaire** (Clinique Guyon. Professeur : M. LEGUEU). — M. B. Fey, agrégé, commencera un cours de séméiologie élémentaire de l'appareil urinaire, le lundi 7 décembre 1931, à 11 heures, et le continuera tous les lundis, à la même heure, dans l'amphithéâtre des cliniques.

**Cours de psychiatrie élémentaire** (professeur : M. Henri CLAUDE). — Un cours de psychiatrie élémentaire, destiné aux externes et aux internes des hôpitaux qui ne peuvent suivre les leçons de stage, commencera le dimanche 29 novembre 1931, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre de la clinique des maladies mentales (asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis) et continuera tous les dimanches, à la même heure.

Ce cours est absolument facultatif et gratuit.

**Cours de pathologie mentale et enseignement clinique des maladies mentales et de l'encéphale** (professeur : M. Henri CLAUDE). — L'enseignement des maladies mentales comprendra deux parties : une partie *théorique*, une partie *clinique*.

Le cours théorique, illustré autant que possible par des présentations de malades, constituera un exposé succinct des diverses maladies mentales. Il aura lieu à Sainte-Anne, 1, rue Cabanis (amphithéâtre de la clinique). La première leçon sera faite le dimanche 29 novembre, à 10 h. 30.

L'enseignement clinique comprendra des *présentations de malades*, les mercredis, à 10 heures, et une *consultation policlinique*, le samedi, à 10 heures. La première leçon aura lieu le mercredi 18 novembre.

Les autres jours, visite des malades dans les salles et enseignement élémentaire de la séméiologie mentale par

# NOUVELLES *(Suite)*

MM. les chefs de clinique, et cours destinés aux stagiaires, à 9 heures.

*Travaux de laboratoire.* — Les laboratoires de recherches biologiques sont ouverts aux médecins et aux étudiants sous la direction de MM. les chefs de laboratoire.

M. le professeur G. Dumas, chef du laboratoire de psychologie, dirigera les études de psychologie, appliquée et expérimentale.

**Clinique médicale propédeutique, hôpital de la Charité.** — M. Émile SERGENT commencera ses conférences cliniques, le mercredi 18 novembre 1931, à 11 heures, à l'hôpital de la Charité.

I. PROGRAMME GÉNÉRAL DE L'ENSEIGNEMENT. — Tous les matins, à 9 h. 30 : Visite dans les salles.

Lundi, mardi et jeudi, à 11 heures : Démonstrations radiologiques sur les malades du service et sur ceux de la policlinique.

Le mardi et le jeudi, à 9 h. 30, séance de pneumothorax artificiel, sous la direction des Drs F. Bordet et René Mignot, anciens chefs de clinique.

Mercredi, à 9 h. 30 : Consultation sur les maladies du nez, du larynx et des oreilles, par M. le Dr Marion.

Vendredi, à 9 heures : Conférence-consultation sur les maladies du cœur, des vaisseaux et des reins (exposés cliniques et thérapeutiques à propos des malades du service et de la policlinique), par le Dr René Mignot, ancien chef de clinique.

Samedi, à 10 heures : Policlinique avec examens radioscopiques pour les malades atteints d'affections des voies respiratoires.

Lundi, mardi et jeudi, à 9 heures : Leçons de technique et de séminologie élémentaires, par le professeur, les chefs et anciens chefs de clinique, MM. Pignot, Bordet, Mignot, de Massary, Oury, Grellety-Bosviel, Turpin, Kourilsky Benda, Lonjumeau, Vibert, Imbert, Launay et les chefs de laboratoire, MM. H. Durand et Couvreux.

Mercredi, à 11 heurs : Conférence clinique à lamphithéâtre, par le professeur.

Vendredi, à 11 heures : Conférence clinique, par les chefs et anciens chefs de clinique, ou par une personnalité étrangère au service.

II. ENSEIGNEMENT ÉLÉMENTAIRE DES STAGIAIRES (à partir du 1er novembre). — L'enseignement propédeutique sera tout particulièrement réglé sur un programme détaillé, affiché dans les salles de la clinique. Des démonstrations théoriques et pratiques seront faites chaque jour au lit du malade et au laboratoire. Elles porteront sur la technique des principaux procédés d'exploration utilisés en clinique et sur la séminologie.

III. ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE DE PERFECTIONNEMENT. — Cet enseignement, réservé aux médecins et aux étudiants en fin d'études, comportera trois sortes de cours, dont les dates et le programme détaillé seront précisés sur des affiches spéciales quelques semaines avant le début de chaque cours :

1° Un cours de perfectionnement sur la tuberculose de mi-juin à mi-juillet.

2° Un cours de revision et de mise au point des principales questions d'actualité dont la connaissance est indispensable aux médecins praticiens (fin octobre) avec la co-direction du Dr Lian, agrégé.

3° Des cours pratiques de radiologie de l'appareil respiratoire, sous la direction du professeur et de M. Couvreux, chef du laboratoire de radiologie de la clinique (1° cours en avril ; 2° cours en décembre).

Un droit de laboratoire pour chacun de ces cours devra être versé au secrétariat de la Faculté les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4), de 14 à 16 heures.

**Clinique médicale de l'hôpital Cochin.** — M. le professeur Charles ACHARD, commencera ses leçons à l'amphithéâtre de la clinique médicale, le samedi 21 novembre 1931, à 10 h. 30, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

Tous les matins, à 9 h. 30, visite dans les salles, examen des malades par MM. Moussoir, Pommailloux, Cahen et Rivoire, chefs de clinique.

A 11 heures, excepté le samedi, leçons et démonstrations avec le concours de MM. Lœper, Villaret, Clerc et Léon Binet, professeurs à la Faculté ; Joannon, Henri Bénard, et J. Verne, agrégés ; Bensaude, P. Émile-Weil Laubry, Grenet, Louis Ramond, Touraine, Flandin, Marchal, M. Debray et Hamburger, médecins des hôpitaux ; Grigaut et Bariéty, chefs de laboratoire ; Saint-Girons, Thiers, Mouzon, Sigismond Bloch et Morlaas, anciens chefs de clinique.

Le lundi et le vendredi à 10 heures, consultation des maladies rhumatismales par MM. les Drs Coste, médecin des hôpitaux, J. Forestier, ancien interne, et Cachera, interne des hôpitaux.

Le jeudi, à 10 heures, consultation d'endocrinologie par M. le Dr Léopold-Lévy, ancien interne, lauréat des hôpitaux.

Le samedi, à 10 h. 30, leçon à l'amphithéâtre, par le professeur.

**Cours de clinique urologique (Clinique Guyon).** — M. le professeur LEGUEU commencera ses leçons le mercredi 18 novembre 1931, à 11 heures, et les continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure, dans l'amphithéâtre des cliniques.

Opérations le lundi, de 9 h. 30 à 12 heures ; le mercredi et le vendredi, de 9 h. 30 à 11 heures, avant la clinique.

**Clinique de la tuberculose (hopital Laennec).** — M. le professeur Léon Bernard commencera ses leçons à la salle des Conférences de la clinique le mercredi 18 novembre 1931, à 11 heures, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Les le çons porteront spécialement sur la thérapeutique de la tuberculose.

**Clinique oto-rhino-laryngologique.** — M. le professeur Fernand Lemaître commencera ses leçons le jeudi 19 novembre 1931, à l'amphithéâtre de l'hôpital Lariboisière, à 10 heures, et continuera son enseignement tous les jours.

**Estomac et duodénum.** — Du 9 au 18 novembre 1931, M. F. Ramond, assisté de MM. Ch. Jacquelin, Chêne, Zizine et Vannier, fera dans son service de l'hôpital Saint-Antoine, avec la collaboration de M. le professeur agrégé Quénu, une série de conférences cliniques sur les principales maladies de l'estomac et du duodénum et les méthodes modernes d'exploration de ces organes.

TRAVAUX PRATIQUES. — *Démonstrations radiologiques quotidiennes.* — Étude du chimisme gastrique (méthode du *p*H ; méthode de Linossier). Le tubage fractionné. Le gastropoudrage. La gastroscopie. La gastrophoto-

## NOUVELLES *(Suite)*

graphie. Le tubage duodénal. Épreuve de Meltzer-Lyon. Études clinique et microscopique des biles. Examens de pièces opératoires. Examens coprologiques utiles au diagnostic des maladies digestives.

Les conférences sont gratuites; elles ont lieu à 9 heures le matin. Pour les démonstrations radiologiques et travaux pratiques, s'inscrire en versant un droit de 250 francs auprès de la surveillante du service, hôpital Saint-Antoine, salle Damaschino, ou au siège de l'A. D. R. M., à la Faculté de médecine, salle Béclard.

Un certificat de participation au cours sera délivré aux auditeurs.

**Clinique médicale Saint-Antoine.** — M. le professeur F. Bezançon a repris ses leçons de clinique médicale le vendredi 13 novembre 1931, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre de l'hôpital Saint-Antoine, et les continue les vendredis suivants à la même heure. Durant le premier semestre, elles seront consacrées à l'étude clinique du rhumatisme.

*Programme des leçons en novembre et décembre* 1931. — 20 Novembre : Caractères généraux des arthrites infectieuses (rhumatisme blennorragique et à pyogènes).

27 Novembre : Les manifestations articulaires dites rhumatismales de la tuberculose (rhumatisme tuberculeux).

4 Décembre : Les manifestations articulaires dites rhumatismales de la syphilis.

11 Décembre : Le problème actuel de la maladie rhumatismale de Bouillaud. Sa place en nosographie.

18 Décembre : Les manifestations articulaires de la maladie du sérum. Les arthrites protéiniques.

**Clinique des maladies du système nerveux.** — M. le professeur Georges Guillain a commencé son cours de clinique le vendredi 13 novembre, à 10 h. 30, à l'hospice de la Salpêtrière (amphithéâtre de la clinique Charcot). Il continue son enseignement les mardis, à 10 heures (policlinique à la salle de consultations externes de l'hôpital), et les vendredis à 10 heures (amphithéâtre de la clinique Charcot).

Tous les matins, à 9 h. 15, à partir du lundi 2 novembre, conférence de séméiologie, par M. Th. Alajouanine, agrégé ; MM. Bize, Michaux, Bouquès, Thurel, chefs de clinique ; MM. Darquier, Mathieu, Mollaret, Périsson, Schmite, Thévenard, anciens chefs de clinique. A 10 h. 30, examen et présentation de malades par le professeur.

Examens de psychiatrie par M. N. Péron, les mercredis et samedis, à 10 heures.

Démonstrations biologiques, examens du liquide céphalo-rachidien, par M. Garcin, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire de biologie, le jeudi, à 10 heures.

Démonstrations d'anatomie pathologique, par M. Ivan Bertrand, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, le lundi, à 10 heures.

Examens d'électro-diagnostic et démonstrations électro-physiologiques, par M. G. Bourguignon, chef du service d'électro radiothérapie à la Salpêtrière, les jeudis et samedis, à 10 heures.

Examens de neurologie oculaire, par M. Lagrange, ophtalmologique des hôpitaux, le samedi à 10 heures.

Examens otologiques, par M. Aubry, laryngologiste des hôpitaux, le mercredi, à 10 heures.

Des cours complémentaires et de perfectionnement de neurologie seront faits en mars et octobre 1932.

Un cours de séméiologie du système nerveux sera fait par M. Th. Alajouanine en mai 1932.

Un cours sur la séméiologie et la pathologie des nerfs craniens sera fait en février 1932, par M. Garcin, médecin des hôpitaux.

**Cours élémentaire de neuro-psychiatrie.** — M. le professeur Henri Claude, assisté de MM. Roubinovitch, Paul-Boncour, Gilbert Robin, Le Guillan, Fay et de M[lle] Serin, a commencé ce cours le mardi 10 novembre, à 17 heures, à la Faculté de médecine, salle Pasteur, et le continue les mardis à la même heure.

*Objet du cours.* — Les maladies nerveuses de l'enfant. Étude du premier développement neuropsychique et sensoriel de l'enfant. L'enfant à l'âge scolaire, troubles du développement intellectuel. Troubles du caractère, de la moralité. Les types synthétiques de petits anormaux. Étiologie des troubles du caractère. Le dépistage des anormaux.

**Pathologie expérimentale et comparée.** — M. Fiessinger, professeur de pathologie expérimentale et comparée, fera la leçon inaugurale de son cours, le mardi 17 novembre 1931, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, et continuera le cours les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure, au petit amphithéâtre.

*Objet du cours.* — Foie. Pancréas. Foie.

Le samedi, à 18 heures, au petit amphithéâtre, MM. L. Panisset et V. Robin, professeurs à l'École nationale vétérinale d'Alfort, feront une série de conférences concernant la pathologie comparée. M. le professeur V. Robin fera sa première conférence le samedi 21 novembre.

**Clinique d'accouchements et de gynécologie.** — TABLEAU GÉNÉRAL DE L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE ET DES COURS ANNEXES donnés à la Clinique Tarnier pendant l'année scolaire 1931-1932, par M. le professeur A. Brindeau, avec la collaboration de MM. Marcel Metzger, agrégé, accoucheur de l'hôpital Bretonneau ; Ecalle, agrégé, accoucheur de l'hôpital Tenon ; Vaudescal, agrégé ; Cathala, accoucheur de l'hôpital Saint-Louis ; Lantuéjoul, accoucheur des hôpitaux ; Paul Chevallier, agrégé, médecin des hôpitaux ; Bidoire, chef de clinique ; Desoubry, Jacquet, de Peretti della Rocca, Suzor, anciens chefs de clinique ; Cartier et Hinglais, chefs de laboratoire.

Tous les matins, enseignement clinique par le professeur.

Lundi, 9 h. 30 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 30 : Consultation des nourrissons et des femmes enceintes malades. — Mardi, 9 h. 30 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 30 : Présentation de malades à l'amphithéâtre. — Mercredi, 9 h. 30 : Policlinique des femmes enceintes ; consultation de syphiligraphie. — Jeudi, 9 h. 30. Opérations obstétricales et gynécologiques ; 10 h. 30 : Policlinique des femmes atteintes d'affections gynécologiques. Traitement de la stérilité. — Vendredi, 9 h. 30 : Policlinique des femmes enceintes. — Samedi, 9 h. 30 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 30 : Leçon à l'amphithéâtre.

## NOUVELLES *(Suite)*

*Cours de perfectionnement du jeudi soir.* — Ce cours gratuit, destiné aux médecins et étudiants s'intéressan spécialement à l'obstétrique, sera fait par des conférenciers qui traitement des questions particulièrement étudiées par eux.

Il commencera le 26 novembre 1931, à 20 h. 45, et sera continué chaque jeudi pendant le semestre d'hiver Pour les détails, consulter l'affiche spéciale.

**Cours clinique de gynécologie.** — M. le professeur J.-L. FAURE a commencé son enseignement clinique le vendredi 6 novembre 1931, à 10 heures du matin.

PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT. — Lundi, 10 heures : Opérations, par M. le Dr E. Douay, chef des travaux gynécoloiques.

Mardi, 10 heures : Opérations après exposé clinique et avec explications opératoires, par le professeur.

Mercredi, 10 heures : Visite dans les salles et consultation, par le professeur. Opérations, par le Dr Roy, chef de clinique. — 11 heures : Injections de lipiodol, par M. le Dr Douay.

Jeudi, 10 heures : Consultations, par M. le Dr Douay. Opérations, par M. le Dr Peytavin, chef de clinique.

Vendredi, 10 heures. Leçon clinique avec examen de malades, par le professeur. — 11 heures : Consultation pour la stérilité (insufflationstubaires), par M. le Dr Douay.

Samedi, 10 heures : Grandes opérations, par le professeur.

CONSULTATIONS. — Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 30, sous la direction de M. le Dr Peytavin, chef de clinique (service de la consultation externe).

**Le sanatorium des Escaldes**, 1 400 mètres, quatorze heures de Paris, considérablement et définitivement agrandi, vient d'ouvrir son nouveau pavillon Pasteur, tout à fait modernisé, 180 chambres. Le service médical et chirurgical y est assuré par trois médecins phtisiologues. Les Escaldes se recommandent par leur climat ensoleillé. Prix très modérés. Plusieurs villas à louer.

Écrire : Les Escaldes (Pyrénées-Orientales).

**Thèses de la Faculté de médecine de Paris.** — 9 *Novembre.* — M. ARCHAMBAUD, Traitement chirurgical de la syringomyélic. — M. LUXEREAU, De quelques croyances populaires sur la grossesse et l'accouchement. — M. LAMY, Des affections de la prostate chez le chien.

10 *Novembre.* — Mme MALDAM-MASSOT, Enquête sur 92 enfants vaccinés par le BCG. — M. BARBIN, Contribution à l'étude de l'énurésie et de ses traitements ; essais de *Cupressus simpervirens.* — M. JUDDE, Contribution à l'étude des accidents observés à la suite de l'injection ntraveineuse du vaccin antichancrelleux de Nicolle.

12 *Novembre.* — M. LANDAIS, De l'influence des altérations de la vue sur l'œuvre des artistes. — M. CANDON, Contribution à l'étude du cholépéritoine hydatique.

### MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

14 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades. Clinique médicale des enfants, 10 heures : Leçon clinique par le professeur NOBÉCOURT.

15 NOVEMBRE. — *Paris.* Société de radiologie. M. Dariaux. Dernier délai d'envoi des thèses présentées pour un prix.

16 NOVEMBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Concours de chirurgien adjoint des hôpitaux de Versailles.

16 NOVEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Dernier délai de dépôt des mémoires pour le prix Civiale.

16 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Tenon. Réunion du la Société de laryngologie des hôpitaux de Paris.

16 NOVEMBRE. — *Paris.* Concours d'assistant en médecine et en chirurgie des hôpitaux coloniaux.

16 NOVEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription des candidats au concours de l'internat de Brévannes, Sainte-Périne, Chardon-Lagache, Hendaye.

17 NOVEMBRE. — *Bordeaux.* Hôpitaux de Bordeaux Concours de l'internat en pharmacie.

17 NOVEMBRE. — *Paris.* Faculté de pharmacie. Concours de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'École de médecine de Tours.

18 NOVEMBRE. — *Paris.* Concours d'assistant de bactériologie et d'électro-radiologie des hôpitaux coloniaux.

18 NOVEMBRE. — *Paris.* Hospice des Enfants-Assistés, 10 h. 45. M. le professeur LEREBOULLET, Leçonclinique : L'hygiène hospitalière et la première enfance.

18 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital de la Charité, 10 h. 30. M. le professeur SERGENT : Leçon clinique.

18 NOVEMBRE. — *Paris.* Asile Sainte-Anne, 10 h. 30. M. le professeur CLAUDE : Leçon clinique.

19 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital de la Pitié, 10 h. 30. M. le professeur RATHERY : Leçon inaugurale.

19 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Lariboisière, 10 h. 30. M. le professeur LEMAITRE : Leçon clinique.

20 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Saint-Antoine, 10 h. 30. M. le professeur BEZANÇON, Leçon clinique : Caractères généraux des arthrites infectieuses.

20 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôtel Dieu, 10 heures. M. le professeur TERRIEN : Leçon clinique.

20 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Broca, 10 h. 30. M. le professeur J.-L. FAURE : Leçon clinique.

20 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades, 10 h. 30. M. le professeur OMBRÉDANNE : Leçon clinique.

20 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique Baudelocque, 11 heures. M. le professeur COUVELAIRE : Leçon clinique.

21 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôtel-Dieu, 10 h. 45. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

21 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Cochin, 10 heures. M. le professeur ACHARD : Leçon clinique.

21 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades, 10 heures. M. le professeur NOBÉCOURT : Leçon clinique.

21 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique Tarnier, 10 heures. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

21 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Saint-Antoine, 9 h. 30. M. le professeur LEJARS : Leçon clinique.

# NOUVELLES *(Suite)*

21 NOVEMBRE. — *Paris*. Hôtel-Dieu, 10 heures. M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique.

21 NOVEMBRE. — *Paris*. Hôpital Cochin, 10 h. 30. M. le professeur DELBET : Leçon clinique.

23 NOVEMBRE. — *Vannes*. Dernier délai d'inscription des candidats au concours de médecin adjoint de l'hôpital de Vannes.

23 NOVEMBRE. — *Toulon*. Concours de l'internat des hôpitaux de Toulon.

25 NOVEMBRE. — *Paris*. Assistance publique. Clôture du registre d'inscription des candidats au concours de l'internat de Brévannes, Sainte-Périne, Chardon-Lagache, Hendaye.

26 NOVEMBRE. — *Paris*. Société végétarienne (mairie du VIe), 20 h. 30. M. le Dr Jules GRAND, Hygiène de la peau. Pureté du corps. M. le Dr FAUVEL : La neurasthénie. Comment la prévenir ? Comment la traiter ?

27 NOVEMBRE. — *Besançon*. Dernier délai d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Besançon.

27 NOVEMBRE. — *Besançon*. Dernier délai d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie de l'École de médecine de Besançon.

27 NOVEMBRE. — *Paris*. Hôpital Saint-Antoine, 10 h. 30. M. le professeur BEZANÇON : Les manifestations articulaires dites rhumatismales de la tuberculose,

30 NOVEMBRE. — *Nîmes*. Dernier délai d'inscription des candidats au concours de l'internat de l'hôpital Ruffi.

1er DÉCEMBRE. — *Strasbourg*. Comité de direction de la caisse d'assurances des employés, 9 *bis*, rue de Genève. Dernier délai des candidatures au poste de médecin-chef du sanatorium de Salem à Aubure-Fréland.

1er DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital du Val-de-Grâce. Concours de médecin sous-lieutenant des troupes coloniales.

3 DÉCEMBRE. — *Paris*. Assistance publique. Concours de médaille d'or de chirurgie.

4 DÉCEMBRE. — *Nîmes*. Concours de l'internat en médecine de l'hôpital Ruffi.

7 DÉCEMBRE. — *Paris*. Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription pour le concours d'électro-radiologiste des hôpitaux de Paris.

7 DÉCEMBRE. — *Paris*. Assistance publique. Ouverture du concours de médaille d'or de médecine.

7 DÉCEMBRE. — *Paris*. Concours de médecin adjoint de l'hôpital de Vannes.

10 DÉCEMBRE. — *Paris*. Assistance publique. Concours de l'internat de Brévannes, Sainte-Périne, Chardon-Lagache, Hendaye.

10 DÉCEMBRE. — *Paris*. Société végétarienne (mairie du VIe arrondissement), 20 h. 30 : Conférence de M. AVIAS. Les poisons alimentaires, et de M. le Dr ED. LÉVY : Les émotifs et les anxieux. Les causes du mal.

10 DÉCEMBRE. — *Paris*. Assistance publique. Dernier délai pour les candidatures aux postes vacants d'assistants de consultations de médecine et de chirurgie des hôpitaux de Paris.

# THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

## L'AMYOSTHÉNIE DIFFUSE DES CONVALESCENTS

Sous ce nom, Pitres et Vaillard ont décrit une séquelle des maladies caractérisée par un état de déchéance musculaire hors de proportion avec les phénomènes de dénutrition générale qui se produisent toujours à un certain degré, dans le cours des maladies de ce genre. Il n'y a pas de paralysie véritable : aucun muscle n'est frappé d'impotence complète, mais tous sont mous, flasques, incapables de contractions volontaires énergiques. Souvent ils sont douloureux à la pression ; les réflexes tendineux sont abolis. Lourbie rappelle (*Prat. méd.*, mai 1929) que, au cours de la convalescence, une quinzaine de jours après la disparition de la fièvre, le malade se plaint avec insistance d'une asthénie plus ou moins intense, diffuse dans tous les muscles, mais prédominant aux membres inférieurs : elle oblige le patient à diminuer ses efforts et à les entrecouper de périodes de repos.

A l'examen, on remarque chez l'amyosthénique un amaigrissement plus intense que celui entraîné normalement par une maladie infectieuse prolongée avec hypotonie maxima aux membres inférieurs. Elle s'accompagne d'une diminution de la force de contraction des muscles fléchisseurs plus que des extenseurs et le plus souvent limitée aux muscles de la racine des membres. On constate généralement une augmentation des réflexes tendineux avec phénomènes de clonus et présence des réflexes périostés, tous éléments qui militent en faveur d'une origine médullaire du syndrome ; quelquefois, des troubles génitaux et sphinctériens et des phénomènes d'hyperesthésie musculaire, tendineux et nerveux. Aucun trouble digestif (pas d'anorexie), ni pulmonaire, ni cardio-vasculaire, ni cérébral (pas de céphalée, absence de dépression psychique).

Cet état dure de deux à huit semaines et régresse complètement.

On doit le considérer comme dû à l'existence de lésions toxi-infectieuses, minimes, puisque transitoires, du neurone périphérique, comparables à l'imprégnation toxique des centres bulbo-médullaires au cours des paralysies.

Nous avons eu l'occasion de vérifier cette symptomatologie dans plusieurs cas, mais nous avons constaté que presque toujours cette amyosthénie s'accompagnait d'une hypotension très marquée.

Nous avons été amené ainsi à employer la médication strychno-arséniée dont Baissette a montré les excellents résultats dans l'hypotension des convalescents. En effet le Néo-Rhomnol (nucléinate de strychnine et cacodylate de soude) est une combinaison stable, indolore et non toxique qui, injectée sous la peau à la dose de une à deux ampoules par vingt-quatre heures, relève progressivement la tension artérielle à la normale, tout en luttant contre l'amyosthénie. Au bout de deux à trois semaines de traitement, l'impotence musculaire s'amende, les contractions volontaires se font de plus en plus énergiques, les réflexes réapparaissent.

Il y a là encore une nouvelle et très nette indication de la médication strychno-arséniée dont Baissette a signalé les remarquables effets dans les hypotensions artérielles permanentes d'allure endopathique ou d'origine endocrinienne. Nos propres observations nous amènent à ranger dans les hypotensions d'origine endocrinienne l'hypotension de l'amyosthénie diffuse des convalescents. Il n'est donc pas surprenant que la même médication (Néo-Rhomnol) employée par Baissette et par nous ait eu les mêmes effets bienfaisants.

Dr MORA.

*Le Médecin chez lui*, septembre 1931.

# VARIÉTÉS

## EDGAR POE MÉDECIN LÉGISTE

par MM.

**R. PIÉDELIÈVRE** et **R. CHONEZ**

> « L'aventure n'existe que dans l'imagination de celui qui la recherche. Elle s'évanouit dès qu'il semble avoir pénétré le décor qu'elle anime. »
>
> Pierre Mac ORLAN.

Avec un certain raffinement, Poe se sert des cadavres comme d'autres cultivent la petite fleur bleue ou exploitent l'ordure, — en spécialiste. A première vue, cette utilisation paraît voulue; mais on est souvent tenté d'appeler calcul ce qui n'est pour un écrivain qu'une tendance : ainsi naît le bourreau ; le tour de main vient avec l'habitude. Tel fut peut-être Edgar Poe. Comme un amoureux romantique, inconsolable, il s'est complu dans l'idée de la mort par amour désespéré de la vie.

Son œuvre s'en ressent. Nul ne pourrait soutenir avec raison que son caractère hallucinant tienne uniquement à l'ingéniosité de la composition, et soit le résultat d'un simple truquage. L'accent sincère du plus invraisemblable récit est souvent poignant. Derrière un voile léger de fiction nous devinons une plainte ; c'est Poe qui communique son épouvante, et, à notre tour, victimes de la contagion, nous sentons la fièvre nous gagner. Dans une atmosphère singulière bousculés par une imagination déréglée mais pénétrante, nous cherchons à nous évader : trop tard, nous sommes prisonniers de son obsession, attirés par un magnétisme étrange, selon l'expression de J. Péladan. Ainsi laisse-t-il sourdre, à travers ses contes, cette impression d'horreur qui provoque chez le lecteur une attirance, comme on l'a dit, un peu malsaine.

Nous qui, professionnellement, sommes des habitués d'aventures vraies et de réalités tragiques, nous nous demandons quelle est leur part dans l'imagination de l'auteur. Il disséquait dans ses rêves des corps curieusement putréfiés. Pourquoi ? Sous quels aspects se représentait-il donc les vérités médico-légales ?

* * *

L'œuvre de Poe est marquée d'un romantisme funèbre pour plusieurs raisons. A n'en pas douter, il fut un de ces petits mentaux que le bon sens populaire qualifie volontiers d'originaux, enrobant ainsi dans une douce et fade indulgence la supériorité intellectuelle avec la légère déviation morbide. Une hérédité chargée, une éducation bizarre dans une famille adoptive, un culte anormal pour la mère d'un condisciple; puis la vie large, débauchée, d'un fils de famille furent ses débuts dans le monde. Rayé des cadres militaires pour indiscipline, alors commença une existence misérable ; il boit, devient instable et nerveux, exerce tous les métiers, se trouve dans le dénuement le plus absolu : il emprunta un drap pour ensevelir sa femme. Il boit toujours. Des obsessions le harcèlent alors ; il meurt, dit-on, au cours d'une crise d'alcoolisme aigu. On s'acharna sur son cadavre et soutint qu'il avait été ramassé, ivre mort, expirant dans le ruisseau, sans s'apercevoir que cette fin pittoresque illuminait son souvenir plutôt qu'elle n'éteignait sa mémoire.

Il s'était d'ailleurs trouvé en hostilité perpétuelle avec l'esprit américain. La liberté, en ce temps-là, éclairait le Nouveau Monde d'une lumière si « froide » et si puritaine qu'elle donnait à toute ombre d'esprit des proportions extravagantes. Vieux civilisé de mentalité, il vécut chez un peuple neuf « qui apprenait l'histoire chaque matin dans les journaux » (Arvède Barine). Poète, il s'était égaré dans un monde d'affaires et se laissa gagner par cette sorte de mélancolie appelée mal du siècle, encore fort en honneur à l'époque. Voisin par son esprit des littérateurs du vieux continent, il subit leur attraction.

Ainsi, sous le signe de la tristesse, sa destinée baroque rappelle celle de ce petit Français « poudré et frisé, maître de danse chez les sauvages », que M. de Chateaubriand découvrait quelque trente ans plus tôt, lors d'un grand voyage en Amérique : on dirait d'une épave, jetée par la tempête romantique, sur une île inhospitalière...

Et tout ceci ne fut pas pour peu, croyons-nous, dans la présentation maladivement angoissante de ses écrits. Mais il ne suffit pas de voir l'origine morbide, encore faut-il déterminer la part de la littérature ; la souffrance n'est pas tout : pour l'exprimer, il faut écrire, et la profonde douleur n'apparaît et ne se manifeste souvent qu'après avoir subi des avatars. Elle se révèle seulement dans le plan général ; c'est l'adaptation qu'il faut comprendre maintenant.

L'histoire de l'obsession d'Edgar Poe, c'est *Bérénice*. La fiancée du héros est atteinte d'une étrange maladie ; un soir elle est venue le surprendre et, dans son visage amaigri, les dents fixent son attention :

> Les dents — les dents ! elles étaient là — et puis là — et partout — visibles, palpables devant moi, longues, étroites, excessivement blanches, avec les lèvres pâles se tordant autour, affreusement distendues comme elles étaient naguère. Alors arriva la pleine furie de ma mono-

manie et je luttai en vain contre son irrésistible et étrange influence. Dans le monde infini des objets du monde extérieur je n'avais de pensées que pour les dents, j'éprouvais à leur endroit un désir frénétique...

Alors commence à proprement parler le drame Bérénice meurt et le fiancé la voit, sur son lit de mort, pour la dernière fois.

Dieu du ciel, est-ce possible? Mon cerveau s'est-il égaré ? Ou le doigt de la défunte a-t-il remué dans la toile blanche qui l'enfermait ? Frissonnant d'une inexprimable crainte, je levais lentement les yeux pour voir la physionomie du cadavre. On avait mis un bandeau autour des mâchoires; mais, je ne sais comment, il s'était dénoué. Les lèvres livides se tordaient en une espèce de sourire et à travers leur cadre mélancolique les dents de Bérénice, blanches, luisantes et terribles, me regardaient (1) encore avec une trop vivante réalité.

Je m'arrachai convulsivement du lit et, sans prononcer un mot, je m'élançai, comme un maniaque, hors de cette chambre de mystère, d'horreur et de mort...

L'obsession s'accentue ; le malade ne peut plus résister ; l'impulsion lui fait commettre un acte qui atteint les dernières limites de la perversion : il déterre le cadavre, il arrache les dents, il les emporte. Coup de théâtre le matin, auquel sa raison chancelante ne peut résister : on a retrouvé le corps dépouillé du linceul, affreusement défiguré, mais « respirant encore, palpitant encore, encore vivant ».

Ce conte, où l'auteur donne toute la mesure de son génie panique (Barbey d'Aurevilly), ne paraît pas une invention de sang-froid, mais l'œuvre d'un esprit bizarre. Aussi a-t-on pu dire que la malformation organique de son intelligence a été son génie même (Arvède Barine). Cette malformation apparaît d'ailleurs dans presque tous ses contes. Dans le *Cœur révélateur*, le criminel obsédé par l'idée que sa culpabilité va être découverte ne peut résister au besoin de se dénoncer (2). Dans l'œuvre poétique on en observe aussi des exemples ; c'est l'agonie de sa pensée qu'il chante dans le *Palais hanté* où, à travers les fenêtres rouges, les passants voient :

de grandes formes qui se meuvent fantastiquement aux sons d'une discordante mélodie ;
tandis que comme une fantômale et rapide rivière par la porte pâle,
une hideuse foule s'élance à jamais
et rit — mais ne sourit plus.

(1) Ces mots sont en italique dans le texte ; remarquons en passant l'emploi fréquent, pour ne pas dire l'abus des mots soulignés dans tous ses écrits; n'est-ce pas déjà anormal ?

(2) Un cas criminologique aussi passionnant ne pouvait manquer de tenter nos écrivains modernes ; aussi en trouvons-nous une forme clinique dans le si intéressant roman de Carco : *L'homme traqué.*

Les répétitions auxquelles l'auteur fait une si large place dans un souci de rythme, que l'on pourrait presque qualifier de circulaire, relèvent aussi très certainement de l'obsession, dont elles sont en quelque sorte des symptômes. On a même dit du poème *le Corbeau*, dont chaque strophe se termine par le cri *never more*, qu'il était un type de de zoopsie (Grasset) : il est assez difficile pourtant de prendre au sérieux cette composition dont l'auteur lui-même avec humour « démonte les pièces ». Ce qu'il faudrait plutôt donner comme exemple d'obsession du mot, c'est le poème des cloches, au son si melodieusement étrange et dans lequel il y a une telle « valeur d'imitativité phonétique » (J. Péladan).

Ils ne sont ni brutes ni humains.
Ils sont les ghouls,
et c'est leur roi qui sonne le glas
et déroule, déroule, déroule;
déroule
un péan de cloches.
Et son cœur joyeux se gonfle
au péan des cloches.
Et il danse, et il hurle,
gardant la mesure, mesure, mesure,
en une sorte de rythme runique
au péan des cloches,
des cloches,
gardant la mesure, mesure, mesure,
en une sorte de rythme runique
au battement de cœur des cloches,
des cloches, cloches, cloches,
au sanglot des cloches.

Enfin la maladie s'exagère avec l'âge. Poe tourne dans un même cercle, systématise de plus en plus son délire d'imagination; certaines histoires semblent tirées à plusieurs exemplaires.

Parmi les idées parasites, prévalentes, d'un caractère si spécial qu'on les a appelées les nébuleuses d'E. Poe (Arvède Barine), la plus tenace est sans contredit celle de la mort. D'elle il ignore tout : aussi atteint-il rarement aux spéculations métaphysiques, étant de suite bloqué par le problème physique et son angoissante incertitude : y a-t-il un signe indiscutable de la mort ? Peut-on dire à quel moment la vie se retire du corps, ne laissant qu'un cadavre insensible ?

Telles sont les questions qui le préoccupent constamment et forment le centre du périple de ses méditations. Dès son enfance il a été hanté par cette idée :

Je ne pouvais aimer que quand la Mort mêlait son haleine à celle de la Beauté — ou que l'Hymen, le Temps et la Destinée se dressaient entre elle et moi.

## VARIÉTÉS *(Suite)*

Souvent la poésie brave l'honnêteté et ce que l'on n'ose dire, on le chante en vers; ainsi entend-on de certains lyriques, des confessions que n'eussent pas osées les plus cyniques. Cet aveu de Poe peut servir d'exemple ; l'impulsion qui le pousse à chercher son inspiration dans « l'haleine de la mort » est la chiquenaude initiale. Par elle se trouvent expliqués ses tristes écrits, et cette odeur de fermentation putride que soufflent certains poèmes.

A ceux qui, de son vivant, l'accusaient d'aller chercher sa « pseudo-horreur dans le romantisme allemand », avait d'ailleurs répondu dans une préface de 1840 :

S'il est vrai que la terreur soit le thème d'un grand nombre de mes productions, je soutiens que cette terreur ne vient pas d'Allemagne, mais de mon âme.

Sous l'empire de l'angoisse, hanté par cette vision de cauchemar qui s'est imposée à lui sous les traits amaigris de *la dormeuse*, n'a-t-il pas fait un jour, macabre fétichiste, cette prière bizarre :

Mon amour, elle dort ! Oh, puisse son sommeil, qui est éternel, être aussi profond !
Puissent les vers ramper doucement autour d'elle !

***

L'esprit de l'auteur se trouve ainsi nettement orienté vers la mort, ou pour mieux dire, vers une apparence de la mort. Puis vont intervenir la fiction et la littérature qui permettent à sa pensée de s'extérioriser. La mort dans l'œuvre de Poe est le résultat de cette métamorphose subtile : poignante à l'origine, angoissante à première lecture, la réflexion la laisse conventionnelle et arbitraire. C'est qu'elle est présentée sous des dehors faux, au milieu d'un cortège d'invraisemblances ; certaines histoires extraordinaires seraient dignes de figurer dans une anthologie des erreurs médico-légales.

Pénétrons dans ce musée du cadavre, qui s'ouvre sous le toit de la *maison Usher*. Pour rendre plus sensible l'impression de terreur, Poe la matérialise ; l'étrange obsession de Roderich Usher est intimement liée au décor et à l'atmosphère qui l'entoure ; sa maison est aussi délabrée que son esprit :

Avec cette contradiction étrange entre la consistance générale intacte de toutes ses parties, et l'état particulier des pierres émiettées, qui rappelaient complètement la spécieuse intégrité de ces vieilles boiseries qu'on a laissées longtemps pourrir dans quelque cave oubliée, loin du souffle de l'air extérieur.

L'intérêt du récit est grand, mais l'angoisse qui s'en dégage se révèle à l'analyse aussi factice que cette atmosphère créée autour de la maison, par l'imagination du narrateur :

Atmosphère qui n'avait pas, dit-il, d'affinité avec l'air du ciel, mais qui s'exhalait des arbres dépéris, des murailles grisâtres et de l'étang silencieux... vapeur mystérieuse et pestilentielle à peine visible, lourde, paresseuse et d'une couleur plombée.

C'est dans ce décor fantastique que se joue l'horrible tragédie d'un ensevelissement prématuré. Voici la description du cadavre de lady Madeline, sœur d'Usher, au moment de la mise en bière :

Nos regards, néanmoins, ne restèrent pas longtemps fixés sur la morte, car nous ne pouvions pas la contempler sans effroi. Le mal qui avait mis au tombeau Lady Madeline dans la plénitude de sa jeunesse avait laissé *comme cela arrive ordinairement dans toutes les maladies d'un caractère strictement cataleptique, l'ironie d'une faible coloration sur le sein et sur la face...*

Où Poe a-t-il pris cela ? Il ne s'agissait pas d'asphyxie par oxyde de carbone. Ce n'est d'ailleurs pas dans ce conte, mais surtout dans les aventures d'A. Gordon Pym, que nous allons trouver des éclaircissements ; dans cette longue nouvelle, les cadavres ne manquent pas. Le héros G. Pym s'est embarqué clandestinement sur un vieux brick ; au cours d'un voyage plein de périls il voit périr autour de lui tous ses compagnons et décrit leurs agonies et leurs cadavres sous les aspects les plus terrifiants, mais aussi les plus exagérés. Tel l'aspect de ce navire au timonier ivre qui croise à quelques encâblures du brick ; il ne contient plus que des corps « dans le plus dégoûtant état de putréfaction », dont la couleur safranée et les attitudes comme pétrifiées laissent Poe hésitant entre les diagnostics d'une fièvre jaune, d'une peste foudroyante ou d'une intoxication par un poison inconnu !

Mais le navire arrive de plus en plus :

Soudainement, nous arrivèrent portées sur l'Océan une odeur, une puanteur telles qu'il n'y a pas dans le monde de mots pour l'exprimer — infernales, suffocantes, intolérables, inconcevables !

Une embardée encore, et l'horreur s'accentue :

Nous vîmes le grand et robuste personnage toujours appuyé sur la muraille, faisant toujours aller sa tête deçà, de-là, mais la face tournée maintenant de manière que nous ne pouvions plus l'apercevoir. Les bras étaient étendus sur la lisse, et ses mains tombaient en dehors. Ses genoux reposaient sur une grosse manœuvre, tendue raide et allant du pied du beaupré à l'un des bossoirs. Sur son dos, où une partie de la chemise avait été

## VARIÉTÉS *(Suite)*

arrachée et laissait voir le nu, se tenait une mouette énorme qui se gorgeait activement de l'horrible viande, son bec et ses serres profondément enfouis dans le corps, et son blanc plumage tout éclaboussé de sang. Comme le brick continuait à tourner... l'oiseau retira péniblement du trou sa tête sanglante... se détacha paresseusement du corps et prit droit son vol au-dessus de nous avec un morceau de la substance coagulée et quasi vivante dans son bec.

Abandonnant à leur putréfaction les compagnons de Gordon Pym, arrivons maintenant aux reportages sensationnels d'Edgar Poe. Un genre nouveau est né, et sa fortune sera grande, le roman d'aventures, le roman policier : *La lettre volée* est d'emblée son chef-d'œuvre. Ce conte, et d'autres à prétentions scientifiques, ne rentrent pas exactement dans le cadre de cette étude ; il n'en est pas de même du *Cas de M. Valdemar*, et de l'étrange vérité dont il s'accommode. Dans cette histoire, en effet, la science médicale de l'auteur existe, mais s'avère insuffisante ; M. Valdemar est censé mourir de phtisie :

Sa face était d'une couleur de plomb ; les yeux étaient entièrement éteints et l'amaigrissement était si remarquable que les pommettes avaient creusé la peau... Le poumon gauche était depuis dix-huit mois dans un état semi-osseux ou cartilagineux... Il existait plusieurs perforations profondes et en un certain point il y avait adhérence permanente des côtes.

Arrêtons-nous maintenant *au double assassinat de la rue Morgue*. Le génie de l'auteur s'y montre si supérieur, il nous entraîne avec une si remarquable facilité, que la pensée ne nous vient même pas de mettre en doute sa maîtrise de policier et de contrôler les plus audacieuses affirmations : le meilleur moyen se s'affranchir de l'apparente et rigoureuse logique du récit est de le prendre par la fin. Un orang-outang échappé, muni d'un rasoir, grimpe au quatrième étage d'une maison et s'introduit par la fenêtre, dans un appartement occupé par deux femmes, Mme de l'Espanage et sa fille. Effrayé par leurs cris, il étrangle l'une et égorge l'autre ; puis comme un justiciable ordinaire et banal, il fait disparaître les corps : Mlle de l'Espanage est introduite la tête en bas dans la cheminée et sa mère défenestrée. Après quoi l'orang s'enfuit...

Les constatations du voisin sur lesquelles le policier amateur Dupin doit construire sa démonstration, forment le point de départ du conte : si nous réunissons les dépositions relatives au cadavre de Mme de l'Espanage, nous constatons avec étonnement que « dans une petite cour pavée située sur le derrière du bâtiment »... « gisait le cadavre de la vieille dame, *avec la gorge si parfaitement coupée que, quand on essaya de le relever la tête se détacha du tronc* » (1). Et il s'agit là d'un corps jeté du *quatrième étage, après décollation presque complète* ! Et la chute ni le choc n'ont réussi à séparer du tronc cette tête, qui se détache ensuite, dès qu'on touche le corps ? Première invraisemblance qui augmente l'effet horrifique, sans détruire aucunement la crédibilité, puisque le lecteur n'est pas encore averti de ce qui s'est passé. Conscientes ou non, les erreurs de Poe nous apparaissent ainsi fort habiles... Mais poursuivons...

Immédiatement appelé sur les lieux du crime, le médecin légiste fait la levée de corps et ajoute :

Le corps de la mère était *horriblement mutilé*. Tous les os de la jambe et du bras gauche plus ou moins fracassés. Le tibia gauche brisé en esquilles, ainsi que les côtes du même côté. Tout le corps *affreusement meurtri et décoloré*. Il était impossible de dire comment de pareils coups avaient été portés. Une lourde massue de bois ou une large pince de fer, une arme grosse, pesante et contondante aurait pu produire de pareils résultats, et encore, maniée par les mains d'un homme excessivement robuste. Avec n'importe quelle arme aucune femme n'aurait pu frapper de tels coups. La tête était... comme le reste, singulièrement broyée.

Un chirurgien également consulté confirme l'opinion de l'expert : « on a frappé la vieille dame avec une arme pesante et contondante ».

Pour nous, la confusion est manifeste. En indiquant que les témoins constatent des contusions, Poe veut définir, présenter le cadavre d'une personne défenestrée *post mortem ;* mais les caractéristiques qu'il relève ne s'appliquent pas du tout au cas envisagé. Un corps qui tombe d'une hauteur d'un quatrième étage n'est pas pour cela mutilé ni meurtri, au point de n'avoir plus figure humaine. Son apparence au contraire est souvent normale et les lésions profondes dont il est généralement atteint ne se révèlent qu'à l'autopsie. L'expert, à défaut du chirurgien, aurait dû mieux renseigner l'auteur et lui éviter cette erreur, grosse de conséquences.

Plus tard en effet Dupin, exerçant son esprit critique sur les constatations faites par le médecin-légiste, et daubant sur ses conclusions trop hâtives, fera remarquer ingénieusement qu'un instrument contondant n'est pas forcément mobile.

M. Dumas, dira-t-il, affirme que les meurtrissures de Mme de l'Espanage ont été faites par ins-

(1) L'un de nous a eu l'occasion d'autopsier un sujet qui s'était suicidé en se jetant sous une rame du métropolitain, et qui avait une section si parfaite du cou qu'on pouvait adapter presque exactement les deux surfaces de section : mais il est vrai que la tête avait été ramassée à plusieurs mètres du corps.

trument contondant, et en cela il est dans le vrai, mais...

L'instrument contondant a été évidemment le pavé de la cour sur laquelle la victime est tombée de la fenêtre.

Nous découvrons ainsi que le raisonnement de Dupin pèche par la base ; il conclut à la précipitation plus par intuition que par analyse, sans même paraître se douter que les données du problème se trouvent lui être défavorables. Ce que le lecteur prend, dans le cours du récit, pour un trait de génie n'est que la conséquence d'une faute médico-légale de l'auteur, qui assimile les lésions produites par la chute d'un quatrième étage à de simples contusions.

***

Que penser de toutes ces erreurs ? Sans doute, elles ont pour cause objective l'insuffisance des connaissances scientifiques au temps d'E. Poe, et procèdent subjectivement de l'insouciance de l'auteur, de sa manière d'écrire ; en somme, de son tempérament.

L'œuvre de Poe reflète en effet certaines des tendances médicales de l'époque : nous n'en voulons pour preuve que les nombreuses pages consacrées à l'*Ensevelissement prématuré* ; il s'agit là d'une préoccupation générale : les médecins croyant à la possibilité d'enterrements trop précoces rapportaient alors des cas nombreux et terrifiants. Quelques années plus tard, en France, la question était portée même jusque sur le bureau du Sénat (1). E. Poe, perpétuellement hanté par l'idée de la mort, ne pouvait manquer d'accueillir dans ses écrits des choses aussi séduisantes pour lui.

A côté de ces erreurs, dont il ne peut être tenu pour responsable, il en est d'autres qui lui sont personnelles : comme l'ont très justement fait observer divers critiques, et Baudelaire le premier, Poe, qui fut « une protestation », la fut à sa manière, in *his own way*. Et Baudelaire précise ainsi sa pensée :

L'auteur, qui dans le colloque entre Monos et Una, lâche à torrents son mépris et son dégoût sur la démocratie, le progrès et la civilisation, cet auteur est le même qui pour ravir la badauderie des siens a le plus énergiquement posé la souveraineté humaine et le plus ingénieusement fabriqué les canards les plus flatteurs pour l'orgueil de l'homme moderne. Pris sous ce jour, Poe m'apparaît comme un ilote qui veut faire rougir son maître. Enfin, pour affirmer ma pensée d'une manière encore plus nette, Poe fut toujours grand, non seulement dans ses conceptions nobles, mais encore comme farceur !

Ainsi Poe, qui raillait le manque de culture de ses concitoyens, n'échappait pas totalement à leurs travers et souvent faisait étalage d'une érudition un peu trop journalistique. Il visait, lui aussi, à ébahir le lecteur, à lui donner l'impression d'une science universelle ; mais ses citations invraisemblables de grec, d'hébreu, ou d'allemand, n'étaient que charlatanisme. Il se trouve heureusement encore sur les deux continents, quelques personnes capables de sourire lorsqu'un écrivain attribue à Eschyle *Œdipe à Colonne*.

A cette même parade se rattachent les erreurs médicales que nous avons relevées précédemment : elles proviennent de l'orgueilleuse répugnance de l'auteur à se documenter sérieusement. Remarquons d'ailleurs qu'elles sont en général ingénieusement présentées, parfois même étayées de remarques fortement scientifiques : c'est ainsi qu'en parcourant les histoires extraordinaires, et notamment le *Mystère de Marie Rodget*, on s'aperçoit qu'il n'ignorait pas certains caractères de la mort par submersion. Cela tient sans doute à ce que le *Mystère de Marie Rodget* n'est pas seulement une œuvre d'imagination, mais aussi un magnifique travail de construction (la reconstitution d'un crime à distance), qui fait le plus grand honneur au génie analytique de Poe. Pour mener à bien son enquête, il a fallu cette fois qu'il se documente sérieusement ; de là l'exceptionnelle richesse scientifique de certains passages relatifs aux noyés.

Dans un tout autre ordre d'idées, Poe sait fort bien également faire disparaître un corps : un passage du *Chat noir* montre qu'il n'aurait rien eu à apprendre de certains criminels, spécialistes modernes.

... Plusieurs projets traversèrent mon esprit (écrit le meurtrier.) Un moment, j'eus l'idée de couper le cadavre par petits morceaux et de le détruire par le feu. Puis je résolus de creuser une fosse dans le sol de la cave. Puis je pensai à le jeter dans le puits de la cour, puis à l'emballer dans une caisse, comme marchandise, avec les formes usitées, et à charger un commissionnaire de le porter hors de la maison ; finalement je m'arrêtai à un expédient que je considérai comme le meilleur de tous : je me déterminai à le murer dans la cave, comme les moines du moyen âge muraient, dit-on, leurs victimes.

Ces remarques de détail, aussi ingénieuses qu'elles soient, ne peuvent cependant masquer l'ignorance de Poe en matière médicale, ou plus exactement l'insouciance avec laquelle il se joue

(1) Le cardinal Donnet. Il y a lieu de remarquer que le ministre de la santé publique a demandé tout récemment à l'Académie de médecine de rechercher une épreuve permettant de certifier la réalité de la mort (Séance du 27 octobre 1931).

de la vérité scientifique : il a d'ailleurs dénoncé souvent dans ses écrits l'inutilité de toutes les recherches !

Et puis, à quoi bon une connaissance positive, lorsque l'on est, comme Poe, préoccupé surtout de « nébuleuses » ? Que viendrait faire l'exactitude, politesse des rois, lorsque « l'imagination est la reine des facultés » (Baudelaire) ? Ce qui fait le génie de l'auteur, c'est cette invention merveilleuse « du farceur » qui court son chemin, sans se soucier des contingences, à moins qu'elle n'en rie franchement : témoin les contes baroques, dans lesquels la verve de Poe se donne libre cours : *Le Diable dans le Beffroi*, *L'aventure de Pfall*, *L'Ange du Bizarre*, *Le Duc de l'Omelette*, *Bon Bon*, et aussi cette charmante fantaisie intitulée *Comment s'écrit un article à la Blackwood*. Peut-on rêver une meilleure « Défense et illustration de l'erreur scientifique », que ce passage, où l'on voit miss Psyché Zenobia en quête d'un article sensationnel, perdre la vue dans des circonstances particulièrement dramatiques : montée dans la tour de l'horloge d'Edimburgh et ayant passé sa tête par une ouverture pratiquée dans le cadran, elle s'aperçoit tout à coup que la grande aiguille est en train de la décapiter en passant ! Elle en profite pour noter, minute par minute, ses sensations :

Mes yeux sous la cruelle pression de l'aiguille sortaient littéralement de leurs orbites. Comme je songeais au moyen de m'en tirer sans eux, l'un se mit à tomber hors de ma tête, et roulant sur la pente escarpée du clocher alla se loger dans la gouttière qui courait le long des bords de l'édifice. Mais la perte de cet œil ne me fit pas autant d'effet que l'air insolent d'indépendance et de mépris avec lequel il me regarda une fois parti. Il était là gisant dans la gouttière, précisément sous mon nez, et les airs qu'il se donnait auraient été risibles s'ils n'avaient pas été révoltants. On n'avait jamais rien vu d'aussi miroitant ni d'aussi clignotant. Cette attitude de la part de mon œil dans la gouttière n'était pas seulement irritante par son insolence manifeste et sa honteuse ingratitude, mais elle était encore excessivement inconvenante au point de vue de la sympathie, qui doit toujours exister entre les deux yeux de la même tête, quelque séparés qu'ils soient. Je me vis forcée bon gré mal gré de froncer les sourcils et de clignoter en parfait concert avec cet œil scélérat qui gisait juste sous mon nez. Je fus bientôt soulagée par la fuite de mon autre œil... Il prit en tombant la même direction (c'était peut-être un plan concerté) que son camarade. Tous deux roulèrent ensemble de la gouttière et, en vérité, je fus enchantée d'être débarrassée d'eux.

Ainsi, grâce à son imagination, Poe arrive à tirer un parti imprévu des lugubres préoccupations qui nous paraissent avoir constitué la trame initiale de ses pensées. Ce délire macabre d'imagination, exagéré volontairement, est sa force et non sa faiblesse, comme on serait tenté de le proclamer après avoir trouvé tant de fois sa science en défaut. Certes, Poe aurait été un bien mauvais médecin légiste, mais nous ne voyons pas ce qu'il aurait pu gagner à mieux étudier ses cadavres, et nous apercevons facilement ce qu'il aurait perdu : cette crédibilité qui, pour un grand nombre, tient plus à l'accent de la vérité qu'à la vérité même ; cette poésie étrange qui ne peut s'accompagner de la coupante précision médico-légale ; cette continuité angoissante ; cette unité enfin qui chasse toute recherche, voire toute réflexion.

Ce que nous aimons contempler dans les contes extraordinaires, ce ne sont pas des planches anatomiques, mais l'aspect de ce qu'on imagine être la mort. Le lecteur, pour bien dire, veut des sensations, ces malaises vaguement mystérieux qui tiennent à l'indéfinissable. Que nous importent les inexactitudes ou les fantaisies, si elles doivent nécessairement nous échapper, si même, en les soupçonnant, elles nous font rêver. Les vrais cadavres ne sont pas curieux ; ils ne sont pas beaux, ils ne sont ni laids, ni inquiétants : ils sont quelconques. Ceux de Poe sont irréels, inconcevables, attirants. N'est-ce-pas là tout le secret ? Les Américains semblent, même maintenant encore, marquer de l'étonnement à l'idée que nous le prenons au sérieux, a dit Arvède Barine. Ils sont trop pratiques et ne sont pas assez mûrs pour de telles spéculations mentales, pour une si grande divagation de l'intelligence. Ils n'ont d'ailleurs pas le temps. Poe l'avait bien compris puisqu'il offrait son livre *Eurêka* :

aux rêveurs qui ont mis leur foi dans les rêves comme dans les seules réalités.

Littérateur, son génie fut de s'adresser à notre sentimentalité, et de s'affranchir ainsi d'une vaine tutelle scientifique. Il y a admirablement réussi. Que nous sommes loin de la médecine légale ! Nous qui connaissons les procédés modernes de cette spécialité médicale, nous sommes intéressés par les précises inexactitudes de l'auteur. Grâce à elles, il réussit à faire jouer la part vagabonde, nomade de notre esprit. Par ses moyens, pour tout dire par ses trucs, par la mise en valeur littéraire de tendances macabres originelles, les histoires extraordinaires, les poèmes, les poésies, les contes, nous révèlent une des faces de l'aventure, la plus grande et la plus terrible, celle qui regarde la mort.

Et cette dernière aventure ne nous paraît avoir a priori aucun charme, sans l'aide d'Edgar Poe...

# VARIÉTÉS *(Suite)*

## MÉDECINS COLONIAUX

**Par M. AUBRUN.**

Devant le grand public pour lequel les colonies n'ont jamais été que des terres lointaines, sans grande importance, l'Exposition coloniale a eu, entre autres mérites, celui de faire ressortir, d'une manière saisissante, le rôle considérable assumé par le médecin dans l'œuvre de civilisation et de progrès dont la manifestation de Vincennes a donné un aperçu si vivant. Les images et graphiques présentés par la Grande-Bretagne dans le stand occupé par elle dans la Cité des Informations, presque exclusivement consacrés aux fléaux sociaux, — différents de ceux que nous connaissons — qui ravagent les populations coloniales, ont d'une façon générale vivement retenu l'attention des visiteurs.

Il en est peu pour lesquels une telle exposition n'ait été une véritable révélation, et peu également qui ne soient restés confondus d'admiration devant les résultats déjà obtenus.

Sans être aussi nettement indiqué dans les pavillons consacrés aux colonies, encore que des tableaux particulièrement suggestifs aient su mettre en relief la progression des services sanitaires dans quelques-unes de nos possessions, notamment en Afrique occidentale française et en Algérie, l'effort assumé par notre pays, au point de vue médical et hygiénique, à l'égard des populations relevant de notre tutelle, n'en est pas moins considérable.

Il constitue, à n'en pas douter, un des éléments qui ont le plus contribué au succès de notre action civilisatrice parmi les peuples si différents que comprend notre magnifique empire colonial.

A l'égard des populations plus ou moins évoluées avec lesquelles elle s'est trouvée en contact, la France n'a négligé, à ce point de vue, aucun des devoirs essentiels qui lui incombaient.

Elle ne s'est pas simplement préoccupée d'apporter à ses protégés des conditions de vie meilleures en les garantissant de la misère et de la faim.

Elle s'est également penchée sur eux pour les aider à s'élever intellectuellement et moralement, enfin pour les défendre contre la maladie et la mort prématurée.

Cette dernière tâche, particulièrement difficile à remplir tant en raison du climat, le plus souvent défavorable, que du milieu soumis à des influences primitives, est tout à l'honneur du médecin colonial.

On peut dire, après quantité de voix autorisées, qu'il a fait plus, par sa propre influence, que les soldats dans la conquête ou la pacification de ces pays.

***

C'est une vérité banale que d'affirmer qu'il ne suffit pas d'avoir les connaissances voulues pour faire un bon médecin colonial. Ce n'est pas ici une simple profession : il y faut, pour réussir, quelque chose de plus : la vocation.

Dans le rôle qui lui est dévolu, le médecin devra avant tout se sentir entraîné par le besoin de l'action. Comme le note très justement le Dr S. Abbatucci dans son ouvrage intitulé *Médecins coloniaux* : « Sans doute il devra être d'abord médecin et hygiéniste, mais peut-être aussi, ses dieux intérieurs frémissant au contact de l'inconnu en feront-ils un botaniste ou un zoologiste de la flore et de la faune exotiques, un urbaniste des milieux qui l'entourent, un ethnographe des races qu'il côtoie, un géologue du sol foulé par ses pieds, à moins qu'il ne s'immerge dans les chaudes buées atmosphériques afin d'y surprendre le murmure des âmes mortes ou vivantes qui racontent leurs histoires éternelles. »

Il va sans dire qu'une formation spéciale est prévue pour pouvoir être admis dans les services de santé coloniale.

En dehors du corps de santé des troupes coloniales dont le recrutement est assuré par l'École du service de santé de la marine et des colonies de Bordeaux ainsi que par la section de médecine coloniale récemment créée à l'École du service de santé militaire de Lyon, et l'École d'application du service de santé des troupes coloniales de Marseille, les médecins coloniaux se classent dans deux catégories : les médecins de l'Assistance médicale indigène, et les médecins contractuels.

Les premiers sont recrutés par les gouvernements des différentes colonies après concours ou sur simple examen de titres, après un stage dans les instituts de médecins coloniaux de Paris, Bordeaux, Marseille et Strasbourg. Les candidats s'engagent alors à servir pendant vingt-cinq ans dans les cadres de l'Assistance médicale.

La seconde catégorie comprend des médecins qui n'acceptent de servir que pour un temps limité dans une colonie à leur choix. Le contrat qui intervient est généralement renouvelable par tacite reconduction. Il est établi dans la forme des contrats ordinaires entre employeurs et employés.

Les candidatures, recueillies et examinées par l'inspection générale du Service de santé au ministère des Colonies, sont soumises ensuite à l'appro-

bation du gouverneur de la colonie qui a été choisie.

Le service médical est en outre assuré aux colonies par des médecins étrangers qui ont le titre d'hygiénistes adjoints.

On comprend facilement qu'on ne saurait leur confier un service public, en raison des dangers qu'une telle pratique pourrait présenter à la fois pour notre influence et la sécurité de nos intérêts.

Il ne faut pas oublier en effet qu'aux colonies le médecin est souvent l'agent le plus important de l'influence française, et que celle-ci ne saurait reposer sur la confiance témoignée à un ressortissant d'un pays étranger.

Malgré l'effort d'organisation constamment poursuivi, l'action du médecin aux colonies est encore incomplète.

Ceci est dû à la fois à un manque de personnel et aussi au défaut de ressources.

Nos colonies comptent environ au total 60 millions d'habitants. En admettant qu'on se limite, suivant les indications données par le Dr Abbatucci, lui-même ancien médecin colonial, ayant une grande expérience de ces questions, à un médecin pour 5 000 indigènes, il faudrait compter environ 12 000 médecins. Les effectifs actuels sont encore loin de ce nombre.

Pour pallier en partie au manque de personnel, on a été conduit à chercher d'abord un point d'appui en faisant appel au concours des indigènes.

Les Écoles de médecine de Dakar, de Tananarive, de Pondichéry et d'Hanoï préparent chaque année un certain nombre d'aides-médecins ou pharmaciens, de sages-femmes, de gardes sanitaires parmi les indigènes les mieux doués.

Certains gouverneurs de colonies ont recours en outre au dispensaire mobile, qui supplée dans une certaine mesure à l'insuffisance numérique des praticiens.

Il est possible ainsi de visiter les centres les plus éloignés et d'atteindre la presque totalité des populations.

D'après des indications que nous empruntons au Dr Abbatucci, le réseau intercolonial des formations sanitaires comportait en 1928 : 195 hôpitaux, 660 dispensaires ou centres de consultation, 180 maternités, ce qui est encore très insuffisant, 66 léproseries, 7 asiles d'aliénés, etc.

A la même date, les effectifs comprenaient : 321 médecins coloniaux, 122 médecins de l'Assistance, 64 médecins contractuels, 117 médecins libres et 13 hygiénistes adjoints, soit au total 637 médecins auxquels s'ajoutaient 475 médecins auxiliaires indigènes : soit en tout : 1 112 praticiens.

Les pharmaciens européens étaient au nombre de 148 et les pharmaciens auxiliaires formés parmi les indigènes : de 36.

Les infirmiers et infirmières appartenant au cadre européen se chiffraient à 407 à côté de 2 809 professionnels indigènes.

Les sages-femmes indigènes étaient au nombre de 500. Il y avait en outre, toujours parmi le personnel indigène, 159 vaccinateurs ou atoxylisateurs et 210 gardiens sanitaires.

Bien entendu, ces effectifs sont diversement répartis suivant le degré d'évolution des colonies ou des pays de protectorat envisagés, suivant également les ressources locales, l'influence plus ou moins défavorable du climat et la répartition de la population.

Mais déjà l'importance des résultats obtenus, grâce aux efforts poursuivis, apparaît dans les statistiques. Nos colonies accusent à chaque recensement une augmentation appréciable de leur population.

Mieux nourries, mieux défendues contre les maladies infectieuses locales qui les décimaient dans le passé, les races reprennent de la vigueur. Là où un moment elles menaçaient de s'éteindre lentement, comme dans nos possessions de l'Afrique équatoriale, minées par la maladie du sommeil, nos médecins ont réussi le miracle de les sauver.

Des laboratoires ont été créés. Le dépistage de la redoutable maladie du sommeil a été entrepris d'une manière rationnelle et presque systématique.

Des infirmiers noirs procèdent aujourd'hui, en partie, aux examens nécessaires et effectuent eux-mêmes les piqûres d'atoxyl ou d'arsénobenzène devenues indispensables.

A l'heure présente, le fléau est à peu près jugulé. On entrevoit même le moment assez proche, où il disparaîtra complètement.

L'hygiène, dont on apprécie vite les bienfaits, commence à pénétrer les milieux les plus réfractaires, et c'est encore à l'action du praticien, à son apostolat journalier qu'on doit ce résultat.

Quel témoignage plus probant des bienfaits apportés par le médecin à nos populations coloniales que ces perspectives qui soulignent d'année en année l'amélioration du bilan sanitaire parmi nos protégés !

Ce qu'on appelle maladies sociales dans les pays tempérés, comme l'alcoolisme et la tuberculose, écrit le Dr Abbatucci, porte ici d'autres noms, tout aussi funestes : paludisme, peste, choléra, typhus récurrent, maladie du sommeil, etc. Mais le mal est d'ores et déjà énergiquement poursuivi. Chaque jour ses méfaits diminuent ou se trouvent circonscrits.

# VARIÉTÉS *(Suite)*

Ce n'est pas le moindre sujet de fierté que nous puissions éprouver de notre action coloniale. Nos médecins ont travaillé sans doute dans l'intérêt bien compris de l'influence française, mais aussi et surtout pour le bien-être des indigènes qui bénéficient de leurs soins. Ce n'est pas à leur égard qu'on pourrait récuser les bienfaits de la civilisation, tant ils sont manifestes et absolument indéniables.

# HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

***APPROBATION ET PUBLICATION DE LA CONVENTION POUR L'APPLICATION DE CERTAINES MESURES SANITAIRES A L'AFRIQUE EQUATORIALE FRANÇAISE ET AU CONGO BELGE, SIGNÉE A PARIS, LE 29 JUILLET 1931, ENTRE LA FRANCE ET LA BELGIQUE.***

CONVENTION

## Pour l'application de certaines mesures sanitaires à l'Afrique équatoriale française et au Congo belge.

Le Gouvernement de la République française et le gouvernement de S. M. le roi des Belges, désireux de prémunir leurs colonies de l'Afrique équatoriale française et du Congo belge contre les maladies épidémiques et contagieuses ;

Tenant compte et restant dans le cadre des dispositions de la convention sanitaire internationale signée à Paris le 21 juin 1926 et spécialement de son article 9,

Ont décidé de conclure une convention spéciale et ont désigné comme plénipotentiaires à cet effet :

Le président de la République française :

M. Aristide Briand, député, ministre des Affaires étrangères ;

S. M. le roi des Belges :

S. Exc. M. le baron de Gaiffier d'Hestroy, son ambassadeur extraordinaire en France,

lesquels, après avoir échangé leurs pleins pouvoirs, qui ont été trouvés en bonne et due forme, sont convenus des dispositions suivantes :

ARTICLE PREMIER. — Les maladies transmissibles auxquelles s'applique cette convention sont les suivantes :

Peste, choléra, fièvre jaune, typhus exanthématique, variole (major ou minor), fièvre récurrente européenne, trypanosomiase.

ART. 2. — Les termes de cette convention sont applicables temporairement à toute autre maladie transmissible, ayant revêtu, de l'avis des deux gouvernements, une forme épidémique grave sur les territoires voisins de la frontière.

ART. 3. — Les administrations des deux colonies peuvent, d'un commun accord, modifier, par suppression ou addition, la liste des maladies inscrites à l'article 1er.

ART. 4. — Les gouvernements de l'Afrique équatoriale française et du Congo belge échangeront entre eux, par l'intermédiaire de leurs services médicaux, des informations mensuelles au sujet de la manifestation et du développement, sur leurs territoires respectifs limitrophes, de toutes les maladies prévues à l'article 1er. Ces informations mentionneront, autant que possible, le nombre des cas, l'extension du fléau et sa tendance à augmenter ou à diminuer d'intensité.

Les informations concernant les maladies énumérées à l'article 1er ou celles ayant pris le caractère dangereux visé à l'article 2, seront communiquées immédiatement par les voies les plus rapides.

ART. 5. — Indépendamment des informations indiquées dans l'article précédent, le gouvernement du pays infecté fera la notification de contamination prévue au titre 1er, chapitre 1er, section 1, article 1er, de la convention sanitaire internationale de Paris de 1926.

ART. 6. — Les deux gouvernements pourront réunir, tantôt en territoire français, tantôt en territoire belge, des conférences d'hygiénistes en vue d'améliorer le système de défense des deux colonies et de mettre les médecins à même de collaborer plus étroitement dans ce but.

Dans l'intervalle des sessions, les médecins des régions de la frontière s'adresseront toutes communications utiles et, le cas échéant, se rencontreront toutes les fois que des échanges de vues leur paraîtront nécessaires.

ART. 7. — Les deux gouvernements s'efforceront de maintenir une chaîne de postes médicaux sur leurs territoires limitrophes et exerceront, dans la mesure du possible, un contrôle effectif, des maladies énumérées à l'article 1er, sévissant parmi les naturels de ces régions.

ART. 8. — Autant que les circonstances le permettront les indigènes qui passeront de l'Afrique équatoriale française au Congo belge ou réciproquement seront munis d'un passeport ou d'un permis mentionnant qu'ils ne sont atteints d'aucune des maladies mentionnées à l'article 1er ou, s'ils sont atteints de maladie du sommeil, qu'ils ne présentent pas de trypanosomes dans leur sang périphérique.

Ce certificat sera établi par l'autorité sanitaire de la dernière résidence du bénéficiaire dans le pays d'origine et sera visé dans le pays de destination à l'entrée et au départ de l'émigrant. Il devra être visé par l'autorité sanitaire du pays d'origine à tout nouveau départ du bénéficiaire, à moins que le nouveau voyage ne s'accomplisse dans les trois mois qui suivront le jour du visa antérieur.

ART. 9. — Le passage de l'une à l'autre colonie sera interdit :

*a.* A toute personne atteinte de l'une des six premières maladies mentionnées à l'article 1er ou d'une de celles rentrant dans les conditions prévues à l'article 2 ;

*b.* Aux malades atteints de lèpre tuberculeuse ou mixte, de tuberculose pulmonaire manifeste ou de pian et aux trypanosomés non traités ou chez qui l'examen a décelé la présence de parasites dans le sang périphérique ;

*c.* A tous les individus provenant d'une zone officiellement dénoncée comme étant contaminée de l'une des maladies énumérées à l'article 1er, — la trypanosomiase exceptée, — ou rentrant dans les conditions déterminées à l'article 2, à moins que l'autorité sanitaire du

## HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE *(Suite)*

pays de destination juge suffisant de les soumettre à un régime de quarantaine.

ART. 10. — Lorsque des indigènes d'une des parties contractantes auront été trouvés sur le territoire de l'autre partie, infectés d'une des maladies contagieuses visées aux articles 1, 2 et 9, les autorités médicales qui auront diagnostiqué ces maladies s'efforceront, s'ils le jugent raisonnable et sans risque pour la vie des patients, de les remettre à un représentant des autorités médicales de l'autre pays.

En cas d'impossibilité, les autorités médicales du premier pays transmettront à celles du second tous les renseignements qu'elles pourront recueillir au sujet de l'identité et de la résidence des malades.

ART. 11. — Les deux gouvernements chargeront leurs services médicaux d'apporter tous leurs soins dans la région frontière des deux territoires :

*a.* A la vaccination antivariolique ;

*b.* Au traitement prophylactique et curatif de la maladie du sommeil ;

*c.* Aux mesures d'assainissement destinées à combattre dans la mesure du possible les glossines et les autres insectes dangereux ;

*d.* Au recensement et au traitement des lépreux ;

*e.* A toutes autres mesures de nature à éviter l'infection du territoire indemne.

Les deux administrations s'entendront pour coordonner, dans leurs régions limitrophes, leurs efforts contre les maladies transmissibles et spécialement contre la maladie du sommeil. A cet effet, il est recommandé aux services spéciaux de se communiquer en temps voulu l'itinéraire des tournées des médecins dans les zones frontières, de façon à les faire coïncider autant que possible.

ART. 12. — Les administrations des deux colonies se transmettront, au mois de mai de chaque année, les cartes et le tableau suivants relatifs aux régions de frontière commune :

*a.* Une carte de répartition de la maladie du sommeil avec l'indication de la fréquence dans les diverses zones ;

*b.* Une carte indiquant les zones infestées de mouches tsé-tsé et leur degré d'infestation ;

*c.* Un tableau statistique indiquant par zone le nombre approximatif des trypanosomés et leur proportion par rapport aux populations.

ART. 13. — Les présentes dispositions ne portent pas atteinte aux prescriptions des conventions sanitaires internationales déjà existantes.

ART. 14. — Toutes les contestations entre parties, dérivées de l'interprétation de cette convention, seront résolues par voie d'arbitrage.

# LA MÉDECINE AU PALAIS

**EXERCICE ILLÉGAL DE LA PHARMACIE** *(Suite)*.

Ce jugement a été frappé d'appel par M. Lafont et, par arrêt du 29 mai 1929, la Cour d'appel de Riom a statué (*Gaz. Trib.*, 9 juillet 1930).

La Cour de Riom admet que les premiers juges ont fait une juste application des textes de loi, notamment de la loi du 21 germinal an XI et de l'article 6 de la déclaration royale du 25 avril 1777.

En conséquence, elle a confirmé la condamnation.

L'arrêt de la Cour de Riom est ainsi libellé :

« La Cour,

« Attendu que Lafont (Anthyme-Edmond-Gilbert) a régulièrement interjeté appel d'un jugement du tribunal correctionnel départemental du Puy-de-Dôme, section de Clermond-Ferrand, qui, à la date du 25 janvier 1929, l'a condamné, pour ouverture et exploitation simultanée de deux pharmacies, l'une à La Bourboule et l'autre à Bourg-Lastic, par application des articles 25 de la loi du 21 germinal an XI, 6 de la déclaration royale du 25 avril 1777, à 500 francs d'amende, ainsi qu'à 3 000 francs de dommages-intérêts envers Dumur, pharmacien à Messeix, et 500 francs de dommages-intérêts envers Milliet, président du Syndicat des pharmaciens du Puy-de-Dôme.

« Recevant, en la forme, ledit appel ;

« Au fond :

« Attendu qu'il résulte de l'information et des débats que les premiers juges ont fait une exacte application des textes de lois susvisés, qu'ils ont justement apprécié le dommage subi par les parties civiles ; qu'il convient donc de confirmer en toutes ses dispositions le jugement entrepris ;

« Par ces motifs et ceux des premiers juges,

« Confirme la décision frappée d'appel, tant sur la matérialité des faits et la culpabilité du prévenu que sur l'application de la peine ;

« La confirme en ses dispositions relatives à la demande de Dumur et Milliet, parties civiles ;

« Condamne Lafont aux dépens d'appel dans lesquels seront compris les émoluments et honoraires de Me Goutet, avoué, dont l'assistance est reconnue nécessaire ;

« Fixe au minimum la durée de la contrainte par corps. »

Par cet arrêt, on voit que la jurisprudence de la Cour de Riom, contrairement à la décision du tribunal de la Lozère, a suivi l'ancienne jurisprudence de la Cour de cassation, et qu'aujourd'hui il reste vrai que les obligations imposées aux pharmaciens par la loi de germinal an XI trouvent

une sanction dans la déclaration royale de 1777.

Les décisions que nous venons de rappeler et d'interpréter peuvent être rapprochées de celles qui spécifient les conditions dans lesquelles la pharmacie peut être exploitée après le décès du titulaire.

L'arrêté du 25 thermidor an XI, dans son article 41, permet à la veuve du pharmacien de faire exploiter l'officine, et ce droit est généralement accordé aux héritiers, qui ont un certain délai pour régulariser la situation.

Cet article ne précise pas qu'après le décès du pharmacien titulaire l'officine doit être fermée jusqu'à la nomination du gérant, car une pareille obligation causerait la ruine des héritiers.

Par conséquent, la jurisprudence admet que l'exploitation de l'officine peut continuer après le décès du titulaire pendant toute l'année qui suit le décès, ce délai d'un an étant fatal en cas de non régularisation; de plus, la veuve doit formuler une demande dans un délai moral assez rapproché et faire gérer la pharmacie par une personne diplômée jusqu'à ce que la nomination régulière du gérant ait été régularisée.

C'est dans ce sens que s'est prononcé le tribunal correctionnel de Narbonne, le 11 décembre 1903, et le tribunal de Toulouse, le 4 décembre 1908.

Ces deux solutions sont intéressantes, car le pharmacien qui gère l'officine pendant toute l'année accordée aux héritiers pour trouver un successeur, n'est pas propriétaire du fonds, et c'est pourquoi la loi n'a toléré cette situation irrégulière que pendant le délai d'une année.

Au contraire, si, le délai d'un an expiré, cette situation reste la même, les tribunaux estiment qu'à ce moment la situation irrégulière ne peut être plus longtemps tolérée, et il y a infraction aux règlements de la profession de pharmacien.

La tolérance prévue par l'article 41 de l'arrêté du 25 thermidor an XI est une véritable tolérance légale, et les tribunaux doivent estimer que pendant le cours de l'année qui suit le décès du pharmacien, l'exploitation de la pharmacie par un gérant non propriétaire est conforme à la loi.

Il en résulte que l'acquéreur du fonds de pharmacie qui a traité avec la veuve d'un pharmacien ne peut se prévaloir de l'incapacité où est celle-ci d'exploiter personnellement l'officine pour demander la nullité du contrat.

C'est ce qui a été jugé par le tribunal civil de la Seine, le 21 février 1894, et ce jugement démontre la régularité de l'exploitation provisoire par le gérant non propriétaire.

ADRIEN PEYTEL,
*Avocat à la Cour d'appel.*

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 10 novembre 1931.*

M. le Président annonce le décès de M. Albert Mayor (de Genève), correspondaut étranger dans la 1re division (médecine) depuis 1909.

M. Mayor appartenait à cette belle dynastie médicale. dont le chef fut Mathias Mayor, à qui l'on doit l'écharpe et le marteau qui portent son nom.

**La valeur antiseptique des peintures aux dérivés phénoliques chlorés ou non chlorés.** — MM. PORTIER et KLING. — En dehors de leur rôle dans la décoration, l'ornementation, les peintures présentent un rôle important en ce qui a trait à la conservation des substances sur lesquelles elles sont appliquées.

En pénétrant dans le bois notamment, les essences et les sels métalliques créent un milieu très défavorable au développement des microorganismes.

Récemment, Hilpert et Vamoscher (de Berlin) ont proposé d'incorporer à l'excipient des peintures des produits phénoliques chlorés dont l'action antiseptique est très nette et durable, ainsi que MM. Portier et Kling ont pu le démontrer par de nombreuses déclarations de laboratoires.

On obtient par cette peinture des surfaces possédant une action microbicide persistante.

Cette action résiste à des lavages répétés et prolongés.

On conçoit que ces peintures pourront rendre de réels services dans les salles d'opérations, les salles de contagieux, les salles publiques, les écoles, etc.

**Transmission du choléra des poules par voie aérienne. Influence de la composition de l'air.** — M. TRILLAT. — Continuant ses travaux sur l'influence des agents extérieurs sur la transmission des germes de maladie par l'intermédiaire de l'air, M. Trillat a étudié sur la poule et la souris le cas particulier de la *pasteurella avicida* (choléra des poules). Alors que la transmission s'effectue difficilement par l'air sec, l'humidité *nutritive* (c'est-à-dire renfermant des gaz aliments) la facilite extraordinairement. Dans une semblable ambiance préparée artificiellement et ensemencée par un jet de culture virulente, les animaux sont tous contaminés après moins de deux minutes d'inhalation de l'air infecté, avec des doses voisines des doses mortelles d'injection sous-cutanée.

M. Trillat, dans une autre série d'essais, a montré que des animaux infectés et placés dans un espace confiné provoquaient la contagion à distance en fournissant eux-mêmes le germe contagieux et l'ambiance favorisante. Ces résultats montrent que, dans la pratique, le choléra des poules ne se transmet pas seulement par voie digestive, mais aussi par l'air : de là découle l'utilité de l'aération dans les épidémies de pasteurellose aviaire.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

*Séance du 13 novembre 1931.*

**Transmission héréditaire de doigts hippocratiques.** — M. O. CROUZON.

**Présentation d'un kymomètre.** — MM. VAQUEZ, P. GLEY et GOMEZ.

**Etude anatomo-clinique d'un cas d'insuffisance cardiaque en apparence primitive.** — MM. BEZANÇON, DE GENNES, CÉLICE et DELARUE. — Le cœur était envahi par une sclérose interstitielle intense mais banale. La preuve de la syphilis ne put pas être faite.

**Influence du foie sur les protides du sérum sanguin : Etude expérimentale.** — MM. L. BINET et A. CODOUNIS. — Sur l'organe en place, les dosages comparatifs des protides dans la veine porte et la veine sus-hépatique montrent une diminution des protides portant surtout sur la globuline, d'où élévation du quotient albumineux.

**Ossification du ligament latéral interne du genou. Maladie de Pellegrini-Stieda?** — MM. J. ROUILLARD et BOUSSER relatent l'observation d'une femme de soixante-quinze ans chez qui la radiographie du genou droit montre une ossification volumineuse en regard du condyle interne. C'est bien l'image décrite par Pellegrini et Stieda, étudiée récemment par divers chirurgiens. On considère que cette affection est toujours d'origine traumatique. Ici l'étiologie est plus complexe ; en effet, la malade a fait, il y a dix-sept ans, une chute assez grave ; mais en outre, c'est une obèse qui a de la cellulite aux membres inférieurs, un genu valgum très accentué à droite, du rhumatisme chronique des genoux, des hanches et de la colonne lombaire ; les radiographies montrent de nombreux ostéophytes. On peut penser que la statique défectueuse du genou, les microtraumatismes et la tendance aux hyperostoses sont des facteurs étiologiques qu se sont associés à l'origine de cette ossification para-articulaire.

**Sur un cas d'oblitération de l'aorte abdominale.** — MM. J. ROUILLARD et LOUVET présentent l'observation d'une femme de soixante-dix-neuf ans qui fit brusquement une gangrène du membre inférieur droit, avec disparition de tout battement artériel, même à l'iliaque externe ; le troisième jour, les téguments de la cuisse reprennent leur condition normale sans que les battements d'aucune artère redeviennent perceptibles. Le membre inférieur gauche reste en parfait état. Mort le dixième jour. A l'autopsie, volumineuse thrombose qui oblitère complètement l'aorte abdominale et presque complètement les iliaques primitives et internes et l'iliaque externe droite.

Cette observation pose le problème des circulations collatérales, et les auteurs rappellent à ce propos les travaux de Stricker et Orban qui ont montré que, chez le chien, la résection de l'aorte abdominale à sa terminaison est bien tolérée si l'on provoque au préalable une vaso-dilatation par section des chaînes sympathiques lombaires.

**Syndrome parkinsonien et troubles mentaux dans un cas d'intoxication chronique par le véronal.** — MM. MUSSIO-FOURNIER, GARCIA AUSTT et ARRIBELTZ (de Montevideo) relatent l'observation d'une femme de cinquante-huit ans, qui, prenant de 1 à 2 grammes par jour de véronal depuis dix ans, fut atteinte d'un syndrome parkinsonien et de troubles mentaux confusionnels, qui cédèrent rapidement après la suppression de l'hypnotique, à l'exception d'une certaine hyperréflectivité tendineuse et posturale au niveau des membres du côté droit. Ce cas rentre dans le cadre des parkinsonismes toxiques récemment décrits par divers auteurs.

MAURICE BARIÉTY.

# SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 4 novembre* 1931.

**Greffes tendineuses.** — M. CHEVRIER propose à ce sujet l'utilisation du tendon du plantaire grêle, et d'envelopper la greffe de membrane amniotique.

**Perforation utérine avec incarcération du grêle.** — M. ROUHIER, dans un cas, fit, par laparotomie, la résection intestinale avec fermeture de l'utérus, permettant ainsi à la malade une grossesse ultérieure, qui fut menée à bien.

**Ramisection.** — M. ROUX-BERGER rapporte un travail de M. WERTHEIMER (de Lyon), basé sur 26 cas. Dans huit cas il s'agissait de troubles physiopathiques post-traumatiques (contracture douloureuse) avec sept succès. M. Wertheimer a réalisé l'intervention dans des cas de moignons douloureux, de crises gastriques du tabes (trois échecs et deux succès).

**Nouveau traitement des annexites.** — M. ROUX-BERGER analyse ensuite un travail de M. ROTTER (de Budapest). L'auteur a obtenu des succès, dans des cas subaigus ou chroniques, par la ligature en masse des ligaments utéro-ovariens.

M. BAZY désirerait en connaître les résultats éloignés.

**Kyste hydatique calcifié de la face inférieure du foie.** — M. ROUX-BERGER rapporte une observation de M. MOIROUD (de Marseille): ouverture secondaire dans le duodénum, du kyste marsupialisé.

M. KUSS a observé un cas analogue.

M. SIEUR également.

**Bactériothérapie des tuberculoses chirurgicales.** — M. GOSSET rapporte un travail de M. VAUDREMER. L'auteur a obtenu quelques guérisons, en particulier dans une tuberculose fistulisée du poignet et dans un tuberculose rénale bilatérale.

M. LEGUEU a une bonne impression du traitement dans les tuberculoses urinaires, tant par la méthode de Vaudremer que par celle de Jousset. Néanmoins, au cours de réinterventions, M. Legueu a constaté des lésions récentes: on ne peut donc pas véritablement parler de guérison.

M. SORREL a essayé la méthode dans 14 cas de coxalgie, au cours de la deuxième année. L'un des malades n'a pas supporté le traitement; un autre est mort de généralisation; deux autres sont morts après abcédation. Les dix autres ont évolué normalement : l'un avec autolyse, les autres avec une arthrodèse de consolidation.

M. MICHON croit qu'il y a dans la bactériothérapie une thérapeutique à retenir. Elle améliore en particulier les cystites.

M. ROUBIER, à côté de résultats nuls, a obtenu un succès.

**Cancer du col utérin.** — M. LEVEUF, résumant la discussion, maintient sa position initiale.

HENRI REDON.

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

*Séance du 17 octobre* 1931.

**Magnésium et grossesse.** — MM. H. VIGNES et H. POTE ont vu que la teneur de l'organisme en magnésium est plus élevée chez les souris pleines que chez les femelles témoins. Peut-être aussi la teneur augmente-t-elle au fur et à mesure que la gestation est plus avancée.

**Virus de l'encéphalo-myélite enzootique (maladie de Borna) et électrophorèse.** — M. S. NICOLAU et L. Mme KOPCIOWSKA, en soumettant au passage du courant électrique des émulsions de cerveau provenant d'animaux morts d'encéphalo-myélite enzootique expérimentale conférée par voie sous-dure-mérienne, sont arrivés aux conclusions suivantes : dans des émulsions de $pH$ 7,4-7,2 et 6,6, les particules qui servent de support aux virus de la maladie de Borna ont une charge électrique négative. Dans une émulsion de $pH$ 5,6, ces particules se déplacent vers les deux pôles, mais d'une manière inégale, le virus se trouvant en abondance au niveau de la cathode. Des émulsions à $pH$ encore plus acide ne donnent plus aucun résultat, car l'acidité trop prononcée du milieu, associée à la dilution réalisée par l'opération d'électrophorèse, finit par enlever totalement la virulence de l'émulsion.

*Séance du 7 novembre* 1931.

**Modifications chimiques des éléments inorganiques de sang au cours du delirium tremens et chez des animaux alcoolisés.** — M. CH. ACHARD, Mlle JEANNE LÉVY et M. FR. WELLISCH ont vu que la teneur en potassium du sérum des chiens qui ont reçu de l'alcool par voie intraveineuse et par voie buccale est inférieure à celle du sérum normal ; on observe en même temps de l'hypocalcémie. Le taux du sodium dans le sérum ne subit que de faibles variations ; cependant il semble y avoir une légère hyponatrémie.

Chez des alcooliques en crise de *delirium tremens*, le taux du potassium plasmatique est diminué, tandis que celui des autres cations (Ca, Na) est nettement augmenté.

**Des effets des doses croissantes de nitrate d'urane en injection sous-cutanée chez le lapin.** — MM. GARNIER et MAREK, continuant leurs recherches sur l'accoutumance au nitrate d'urane, montrent qu'une première dose de 1 milligramme par kilogramme, quand elle a été bien supportée, tout en provoquant une réaction certaine, protège les animaux contre une dose 10 et même 20 fois supérieure, injectée après un intervalle de douze jours, et qu'une progression de 20 milligrammes par kilogramme, faite à ce même intervalle, est bien supportée ; la mort arrive plus ou moins tardivement (dans un cas seulement après l'injection de 160 milligrammes par kilogramme), avec des phénomènes d'hypoglycémie liée à la dégénérescence du foie. Quand l'intervalle entre les deux injections n'est que de six jours, la protection est encore manifeste, mais elle ne permet pas de faire accepter à l'animal une progression très rapide, ni de lui faire supporter des doses très élevées ; elle semble favoriser l'apparition des troubles nerveux.

**Sur l'équilibre lipidique du sérum sanguin chez le chien normal.** — MM. CH. ACHARD, M. BARIÉTY et A. CODOUNIS, avant de publier les résultats de leurs recherches concernant les perturbations humorales observées dans leurs essais expérimentaux d'amylose et de néphrose lipoïdique, indiquent les chiffres de lipidémie qu'ils ont trouvés chez 26 chiens d'apparence normale et qui, dans la majorité des cas, sont voisins de ceux présentés par Nitzescu et Benetato. Il ne semble pas y avoir de rapport évident entre le taux de la lipidémie,

# SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

le poids, le sexe et la protidémie. Habituellement les chiffres qu'ils trouvent se rapprochent des chiffres observés chez l'homme (5 à 8 grammes), sauf dans quelques cas où la lipidémie oscille entre 9 et 10 grammes (pour expliquer cette hyperlipidémie, on ne peut faire encore que des hypothèses). Les chiffres des acides gras oscillent en moyenne entre 5 et 6 ; la cholestérine est sensiblement identique ou un peu inférieure à celle de l'homme (taux moyen 1,41). L'indice lipémique donne une moyenne de 0,20.

**Influence de l'hyperthermie et de l'hypothermie sur le choc anaphylactique du lapin.** — MM, PASTEUR VALLÉRY-RADOT, G. MAURIC et Mme A. HUGO ont constaté que l'hyperthermie ou l'hypothermie provoquée empêche chez le lapin l'apparition du choc anaphylactique. La protection contre le choc anaphylactique ne dure que pendant l'hyperthermie ou l'hypothermie ; revenus à une température normale, les lapins font un choc anaphylactique. L'injection seconde faite au cours de l'hyperthermie ou de l'hypothermie, bien qu'elle ne s'accompagne pas de choc anaphylactique apparent, désensibilise ordinairement l'animal.

**Les effets de l'insuline sur la glycosurie phlorizique chez le chien normal.** — M. F. RATHERY et Mlle YV. LAURENT ont vu que l'insuline à dose relativement élevée, chez des chiens phlorizinés et dont le glycogène hépatique a eu grande partie disparu, provoque sur le sucre urinaire quatre fois une hausse nette, trois fois une diminution (dont deux fois très légère), deux fois un effet nul. Chez deux chiens dont la vessie a été vidée après la première prise et pour lesquels il ne saurait y avoir d'erreur d'appréciation possible, une fois il y a eu baisse, une fois effet nul.

On peut donc conclure que l'insuline a un effet variable sur la glycosurie phlorizique chez le chien normal ; si parfois elle l'abaisse, le plus souvent elle l'élève même lorsque le glycogène hépatique est bas et qu'il existe de l'hypoglycémie. On pourrait se demander si l'injection d'insuline n'empêche pas la phlorizine de continuer à produire son effet, mais les élévations immédiates de la glycosurie après l'injection d'insuline ne plaident pas en faveur de cette hypothèse.

**Le sucre protéidique chez les chiens dépancréatés.** — MM. BIERRY, F. RATHERY et Mlle YV. LAURENT signalent que chez les chiens ayant subi l'ablation du pancréas et recevant des injections de glucose, ou de glucose et d'insuline, ou d'insuline seule, on trouve des fluctuations importantes du taux du sucre protéidique dans les plasmas : sus-hépatique, porte ou artériel. L'ordre de grandeur de ces variations est parfois très important et supérieur à celui des variations du glycogène : hépatique ou musculaire.

Ces résultats mettent en lumière l'importance du rôle joué par le sucre protéidique dans la glyco-régulation. Ce dernier constitue bien une des formes alternantes sous lesquelles la matière sucrée se trouve à plusieurs reprises dans son cycle évolutif à travers l'organisme animal.

**Sur la méthode de Lowenstein dans la bacillémie tuberculeuse.** — M. P. DOMINGO a ensemencé suivant la technique de Löwenstein 215 échantillons de sang provenant de 172 malades tuberculeux, 8 rhumatisants, 11 sains, 24 atteints d'autres maladies. Il a obtenu 10 résultats positifs pour le bacille tuberculeux, dont 8 chez des tuberculeux et 2 chez des malades atteints de rhumatisme articulaire subaigu.

Ce pourcentage de cas positifs est inférieur à celui de Löwenstein, mais identique à celui obtenu par A. Saenz chez des tuberculeux avérés.

**Surinfection tuberculeuse du cobaye par voie testiculaire.** — M. A. BOQUET démontre que l'infection provoquée par l'inoculation sous-conjonctivale de 0mgr,001 de bacilles virulents ne modifie pas sensiblement, jusqu'au quarante et unième jour, la réceptivité du testicule à la surinfection. Néanmoins, elle confère au cobaye une résistance appréciable qui se manifeste par la délimitation de plus en plus étroite des altérations produites par les bacilles d'épreuve. On peut en inférer que, dans la tuberculose naturelle de l'homme et des animaux, jusqu'à une période très avancée de la maladie, certaines lésions dues à des surinfections endogènes ou exogènes importantes sont susceptibles de présenter les mêmes caractères anatomiques, la même activité et la même gravité locale que les lésions antérieures. En dehors des phénomènes allergiques qui les précèdent ou les accompagnent (réactions inflammatoires et exsudatives), elles ne s'en distingueraient que par l'aspect des réactions ganglionnaires de voisinage, dont l'intensité décroît, au fur et à mesure que progresse l'immunité générale engendrée par la primo-infection.

**La réaction de Meinicke chez les lapins infectés avec une souche de syphilis fraîchement isolée chez l'homme.** — M. S. NICOLAU et Mmes L. KOPCIOWSKA et V. CONSTANTINESCO concluent de leurs recherches qu'il n'y a pas de parallélisme chez ces lapins entre l'apparition des lésions et de la réaction de Meinicke : celle-ci peut apparaître avant, en même temps ou bien après les lésions ; l'étendue des lésions ne conditionne pas l'intensité de la réaction positive ; il existe des fluctuations dans l'intensité de la réaction positive chez le même lapin inoculé de syphilis, porteur de lésions ou non. Les auteurs attribuent ces résultats, qui sont en partie en contradiction avec ceux relatés en 1925 par Mutermilch et Nicolau, au fait qu'il s'agit ici d'une souche fraîchement isolée chez l'homme et non adaptée au lapin.

**Etudes sur la tremblante du mouton par inoculation à la souris.** — M. P. LÉPINE montre que l'inoculation du virus neurotrope de la tremblante du mouton détermine chez la souris une encéphalomyélite analogue à la maladie observée chez le mouton. Il met en valeur certains caractères de l'infection ainsi réalisée, qui font de la maladie observée chez la souris l'une des plus démonstratives parmi les affections à virus neurotrope.

**Procédé de recherche et d'extraction de l'hématoporphyrine dans les selles.** — MM. R. COIFFON et J. WALTZ rappellent qu'en cas d'hémorragies occultes, quand le sang a séjourné dans le tube digestif, l'hémoglobine se décompose en partie en hématoporphyrine. Ils extraient par un procédé simple l'hématoporphyrine des selles et l'identifient par sa fluorescence rouge intense aux rayons ultra-violets filtrés (lumière de Wood).

F.-P. MERKLEN.

# SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

*Séance du 24 octobre 1931.*

**Sur un bacille tuberculeux à caractères atypiques, isolé des urines d'un malade atteint de néphrite hématurique.** — MM. L. NÈGRE, J. VALTIS et GUY LAROCHE ont isolé un bacille acido-résistant au deuxième passage chez des cobayes inoculés avec une urine de malade atteint de néphrite hématurique et traités par des injections sous-cutanées d'extrait acétonique de bacilles de Koch.

Ce germe est caractérisé par ses propriétés peu pathogènes pour le cobaye, auquel il ne donne que des lésions ganglionnaires curables, et par les lésions septicémiques de type Yersin qu'il produit chez le lapin et la poule.

**Sur les méthodes d'étude des exophtalmies expérimentales,** (avec présentation d'un film cinématographique). — MM. MARCEL LABBÉ, MAURICE VILLARET, COMANDON, L. JUSTIN-BESANÇON, Mlle D. KOHLER, Mme SCHIFF-WERTHEIMER et M. P. SOULIÉ, qui ont poursuivi de longues recherches expérimentales sur l'exophtalmie du type basedowien, fournissent des précisions d'ordre technique avant d'entreprendre l'exposé systématique de leurs expériences. En effet, les divers types de protrusion du globe oculaire s'accompagnent de phénomènes physiologiques (variations du diamètre pupillaire, de la tension intra-oculaire, etc.) qu'il importe de préciser avec soin au même titre que l'exophtalmie elle-mêmes faute de quoi on s'expose à confondre entre elles des modifications oculaires très différentes, qui n'ont de commun que la saillie du globe. Les mesures exophtalmométriques successives, les tracés des déplacements antéro-postérieurs de l'œil, l'étude des coupes de la région orbitaire en pleine exophtalmie (dont les auteurs présentent les pièces), la simple photographie, enfin, ne précisent qu'un des aspects du complexus exophtalmique. C'est pourquoi l'observation attentive des phénomènes oculaires dans toute leur complexité, soigneusement notés à des moments successifs, sur un très grand nombre d'animaux, constitue encore la meilleure technique d'étude. A titre complémentaire, l'enregistrement cinématographique des diverses phases de l'exophtalmie expérimentale permet d'approfondir le mécanisme de celle-ci. Les auteurs présentent un film représentant la production expérimentale sur le chien, puis la régression provoquée, d'une exophtalmie de type basedowien.

**Sur une souche de bacilles acido-résistants, isolée de trois cobayes inoculés avec l'ultra-virus tuberculeux et traités à l'extrait acétonique de bacilles de Koch.** — M. F. VAN DEINSE, en inoculant de l'ultra-virus tuberculeux à trois cobayes par voie intrapéritonéale, et en traitant ces animaux par une série de 16 injections sous-cutanées d'extrait acétonique de bacilles de Koch, a vu apparaître des abcès aux points d'inoculation de l'extrait, dont le pus, fourmillant de petits bacilles acido-résistants, ensemencé sur milieu de Lowenstein, a fourni trois culture identiques, ayant les caractères de bacilles tuberculeux du type aviaire.

**Les lésions anatomiques du rein au cours de l'intoxication bismuthique expérimentale. Lésions tubulaires et sclérose rénale.** — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, MAURICE DÉROT et Mlle GAUTHIER-VILLARS, ont obtenu chez le lapin, à l'aide de l'intoxication bismuthique; des néphrites aiguës et chroniques. La lésion des tubes était dans tous les cas prédominante. La sclérose fut obtenue dans les cas prolongés et les auteurs ont pu suivre les différents stades de cette sclérose, selon la durée de l'intoxication. Elle paraît nettement secondaire aux lésions tubulaires.

Si l'on rapproche les résultats histologiques des constatations biologiques, on observe que l'azotémie peut apparaître avec des lésions uniquement tubulaires. De même, l'albuminurie peut s'observer sans qu'il y ait d'autres lésions que des lésions des tubes.

Les constatations des auteurs montrent que l'intoxication par les sels de bismuth est un moyen simple d'obtenir des lésions rénales expérimentales, pouvant aller de l'adultération tubulaire à la sclérose. Elles montrent, d'autre part, les rapports de l'azotémie et de l'albuminurie avec les lésions tubulaires.

**Sur l'origine protidique probable de la nocivité des extraits rénaux aqueux.** — MM. CASALIS et S. DEJUST-DEFIOL ont recherché si la nocivité des extraits rénaux aqueux persistait dans l'extrait hydro-alcoolique de rein, préparé selon la méthode de Cohn. Ils ont injecté au lapin jusqu'à 100 centimètres cubes en deux jours de cet extrait, sans provoquer aucune intolérance, que l'injection ait été sous-cutanée ou intraveineuse.

La nocivité des extraits aqueux est donc vraisemblablement due aux protides et les extraits hydro-alcooliques sont totalement atoxiques.

**Le liquide céphalo-rachidien dans l'encéphalo-myélite enzootique expérimentale du lapin (Maladie de Borna).** — MM. S. NICOLAU et L. KOPCIOWSKA montrent que le liquide céphalo-rachidien prélevé sur des lapins morts d'encéphalo-myélite enzootique expérimentale conférée par voie sous dure-mérienne est presque toujours avirulent. L'étude cytologique de ce liquide met en évidence la présence d'un nombre plus ou moins grand de cellules mononucléaires (lymphocytes, plasmocytes, macrophages et cellules provenant des enveloppes lésées du névraxe).

**Sur le virus écossais de la tremblante du mouton (Louping Ill). Inoculation au mouton. Etude des propriétés du virus de la tremblante du mouton.** — M. P. LÉPINE rapporte des expériences sur le virus de la tremblante du mouton. L'inoculation intracérébrale à un bélier a déterminé en cinq jours chez cet animal une méningo-encéphalite mortelle, avec absence de germes cultivables et présence de virus dans le névraxe. L'examen histologique du système nerveux a révélé des lésions généralisées particulièrement démonstratives. Le virus se montre également pathogène pour la souris et peut être entretenu sur cette espèce animale; des passages répétés de la souche utilisée dans l'encéphale de la souris n'ont pas modifié ses caractères, ni diminué sa virulence à l'égard du mouton. D'autre part, les principaux caractères du virus : filtrabilité, électrophorèse, absence de précipitation par centrifugation, conservation de la virulence dans la glycérine et par la congélation alliée à une faible résistance à la chaleur et aux agents chimiques, font de la maladie observée en Ecosse, et identifiée à la tremblante du mouton, une des plus typiques parmi les affections à virus neurotropes.

P. MERKLEN.

# REVUE DES CONGRÈS

## XLe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

DEUXIÈME QUESTION (1).

### Les péritonites à pneumocoques.

Résumé du rapport de MM. BRÉCHOT (de Paris) et NOVÉ-JOSSERAND (de Lyon).

Le pneumocoque se trouve fréquemment dans des péritonites d'origines fort différentes. On l'a rencontré après des infections opératoires de la grande séreuse, au cours des péritonites consécutives à la perforation d'un ulcus gastrique, dans des péritonites à point de départ génital : post-partum, post-abortum ; après une salpingite, dans l'appendicite enfin.

Mais, dans toutes ces affections, le pneumocoque ne paraît pas jouer un rôle de premier plan. On dirait plutôt d'un témoin banal.

Les rapporteurs laissent délibérément de côté tous ces cas pour ne considérer que les formes nettement dues au pneumocoque, celles qu'on appelait autrefois « péritonites essentielles des jeunes filles » et qu'on confondait du reste avec d'autres péritonites essentielles dues au streptocoque et au gonocoque notamment.

Ainsi délimitée, la question est encore complexe. On ne devrait accepter comme authentiques que les cas de péritonite vérifiés bactériologiquement ; or, le diplocoque de Talamon-Fræenkel peut mourir au cours de la péritonite, laissant après lui un pus stérile. Il existe des cas où l'identification du germe causal est impossible, le diplocoque ayant perdu sa capsule, se disposant en chaînette et prenant l'aspect du streptocoque. D'autres fois, enfin, le pneumoccoque associé au colibacille, à des anaérobies, au staphylocoque, au streptocoque, voire même au bacille tuberculeux, peut disparaître en raison de sa fragilité, alors qu'il a eu au début, vraisemblablement, le rôle dominant dans la genèse de la maladie.

Il faut donc se garder de juger la question uniquement du point de vue bactériologique, car il est certain que le domaine clinique du pneumocoque est sensiblement plus étendu qu'on ne le croit généralement.

Même en l'absence de l'identification du germe responsable, on peut conclure à la nature pneumococcique d'une péritonite si les caractères cliniques sont bien typiques, si le pus présente cet aspect particulier de pus crémeux jaune ou verdâtre, non fétide, très riche en fibrine.

**Étiologie.** — La péritonite à pneumocoque est une affection relativement fréquente. Elle constitue cependant une des localisations rares du pneumocoque.

L'âge est une condition prédisposante importante ; on la rencontre deux fois chez l'enfant pour une fois chez l'adulte. Elle est beaucoup plus fréquente dans le sexe féminin.

Le plus souvent, il s'agit d'une maladie isolée, manifestation unique de l'infection pneumococcique ; d'autres fois, l'infection a déjà touché un autre organe que le péritoine, généralement le poumon ou la plèvre.

Le auteurs italiens et américains insistent sur l'existence fréquente d'une angine qui serait comme la porte d'entrée du diplocoque.

(1) Association de la Presse médicale française.

Le traumatisme jouerait parfois un rôle déterminant (Dieulafoy, Brun, Malapert, etc.).

**Bactériologie et expérimentation.** — C'est en 1881 que Pasteur constata la présence du pneumocoque dans la salive. Deux ans plus tard, Talamon mit ce microbe en évidence dans le sang de deux pneumoniques.

Chez l'homme, il existe à l'état de saprophyte dans la bouche et les voies respiratoires supérieures dans presque la moitié des cas.

Ce saprophyte est susceptible de devenir virulent sous l'influence du froid et des traumatismes ou même du fait de la diminution de résistance du sujet.

Il s'agit d'un diplocoque lancéolé et encapsulé prenant le Gram.

Le pneumocoque est essentiellement polymorphe. On conçoit donc que son identification ne soit pas toujours aisée. Il peut être aérobie ou anaérobie, cette dernière forme étant la plus virulente. On le cultive sur gélose-ascite où il donne naissance à des colonies en « goutte de rosée » qui peuvent se grouper indifféremment en amas ou en chaînettes. Il pousse fort bien également en milieu T de Nicolle, Truche et Cotoni et sur sérum de lapin jeune.

Le pneumocoque est lysé par la bile et le choléate de soude qui demeurent sans action sur les autres microbes. Cette lyse par les sels biliaires a incité Ribadeau-Dumas et Mlle Tisserand à traiter par la bile les rhino-pharyngites. Dans le même ordre d'idées on a injecté par voie veineuse du taurocholate de soude à des sujets atteints d'emphysème à pneumocoque. Il ne s'est pas produit d'accidents, mais les résultats n'ont pas répondu aux espoirs conçus.

Bréchot a traité un homme de soixante ans atteint d'une pleurésie purulente à pneumocoque en injectant dans l'épanchement, à quatre reprises, 10 centimètres cubes de bile de bœuf. Après chaque injection un prélèvement de pus fut fait ; les pneumocoques y restèrent aussi abondants et les souris inoculées moururent chaque fois aussi rapidement.

La virulence du pneumocoque est très variable. D'une façon générale, on peut dire que le microbe filtré au cours d'une péritonite diffuse est plus virulent que celui prélevé en cas de péritonite circonscrite.

**Anatomie pathologique.** — Au début, dans les premières heures, les lésions du péritoine sont diffuses. On note une tuméfaction des ganglions mésentériques, un exsudat muqueux, glaireux qui paraît tout à fait caractéristique. Puis les lésions vont varier suivant que la péritonite s'étendra ou se localisera.

1° PÉRITONITE DIFFUSE. — On en distingue trois variétés :

a. *Une forme septique* que caractérisent des dépôts fibrineux abondants à la surface de l'intestin et du péritoine. Il n'y a pas d'épanchement libre appréciable. Dans le petit bassin, parfois un peu de pus séreux, louche ou roussâtre, quelquefois épais et verdâtre.

Mais on peut observer une forme suraiguë, septicémique où la mort survient sans qu'une réaction péritonéale quelconque ait eu le temps de s'installer.

b. *Une forme suppurée*, de beaucoup la plus fréquente, où le pus abondant remplit le ventre. Les anses intestinales flottent dans ce pus. Le mésentère est rempli de ganglions. L'intestin est peu modifié, rouge congestif

par places. L'appendice participe à cette congestion. Il peut être enfoui dans l'épaisseur de l'exsudat et son ablation peut être laborieuse.

c. *Une forme avec abcès multiples.*

2° Péritonite circonscrite. — On admet que la péritonite à pneumocoque est toujours généralisée au début et qu'elle se localise secondairement à la faveur de dépôts fibrineux abondants. Mais on rencontre certainement des variétés localisées dont l'origine se trouve dans une infection limitée à une très petite partie de la séreuse.

Dans la *forme localisée typique*, l'enkystement se fait au-dessous de l'ombilic, sur la ligne médiane, au contact de la paroi antérieure. En profondeur, c'est le tablier épiploïque qui le limite.

Mais il existe des formes à *abcès de siège anormal ou multiples* ; la collection peut se trouver dans les points les plus divers : région cæcale, Douglas, pelvis.

Ces abcès multiples présentent souvent un pus de caractère différent, une des poches s'étant infectée secondairement par le colibacille. L'intestin grêle perd sa disposition régulière ; on le voit adhérer à la paroi antérieure ou à lui-même.

Enfin, il existe des cas rares où la péritonite se développe non plus au centre de la cavité abdominale, mais à sa périphérie : tel est le cas de cette fillette de deux ans qui présenta un abcès à la racine des deux cuisses fusant sous l'arcade de Fallope droite et gauche, pris pour une ostéomyélite du fémur et que l'intervention montra d'origine abdominale.

**Pathogénie.** — Le pneumocoque gagne le péritoine par quatre voies :

A. La voie transdiaphragmatique. — On a cru longtemps qu'elle était la plus souvent en cause, en raison de la fréquence de la localisation du pneumocoque sur le poumon, la plèvre, les voies respiratoires supérieures. Les vaisseaux lymphatiques, le « puits de Raunier » ne vont cependant pas du thorax à l'abdomen ; ils sont dirigés en sens inverse, et les lésions péritonéales siègent d'ordinaire dans l'étage inférieur de l'abdomen. Enfin, les péritonites isolées, sans autre localisation du pneumocoque, sont trop fréquentes pour que cette voie transdiaphragmatique soit considérée comme très fréquemment suivie. Elle existe cependant, mais la transmission se fait plutôt par continuité que par propagation lymphatique.

B. La voie génitale. — La péritonite à pneumocoque ayant son maximum de fréquence dans le sexe féminin, et sa localisation habituelle dans l'étage abdominal inférieur, il est logique d'envisager l'hypothèse d'une origine génitale fréquente.

Il ne semble pas que le pneumocoque soit un hôte habituel du vagin, mais on l'a rencontré dans les lochies, et trois fois sur 109 cas d'avortements septiques.

Fricke le trouva dans une trompe d'adulte.

Les voies génitales de l'enfant peuvent également cacher le pneumocoque responsable de certaines vulvo-vaginites. Mais il semble que c'est surtout par voie sanguine que se fait la propagation péritonéale même dans ces cas d'infection incontestable des voies génitales externes.

C. La voie intestinale. — Le pneumocoque ne résiste pas aux milieux acides. Il devrait donc trouver dans l'estomac un obstacle infranchissable ; et cependant on l'a rencontré fréquemment dans le pus péritonéal après une perforation d'ulcère ou au cours d'une appendicite.

Schwartz, partisan convaincu de l'origine génitale, dit avoir pu cependant vérifier dans un cas l'origine intestinale de la maladie.

Les lésions de gastro-entérite sont excessivement rares, or l'intestin dont la tunique est saine s'oppose au passage des microbes. Toutefois, ce passage deviendrait possible à la faveur de la stase veineuse ou de la simple congestion des parois de l'organe.

Henri Lemaire et Labbé ont rapporté des observations de péritonites à pneumocoques consécutives à des appendicites de même nature.

D. La voie sanguine. — Défendue par Michaut, elle a les préférences de l'Ecole française. C'est elle qui explique le mieux les cas de septicémies où la péritonite s'associe à des lésions à distance : méningite, arthrite suppurée, ostéites, lésions pleuro-pulmonaires.

En résumé, la plupart des auteurs sont éclectiques. Il faut admettre la possibilité de chacun de ces modes d'infection.

**Symptômes.** — Le début est d'ordinaire brutal, dramatique.

Le sujet éprouve une douleur violente dans l'abdomen. Il vomit, présente parfois de la diarrhée et une élévation thermique marquée.

L'herpès est souvent signalé.

Les prodromes sont rares. On a voulu, avec quelque exagération, faire de cette absence de prodromes un signe diagnostique différentiel d'avec l'appendicite.

Quoique rares, ces troubles prémonitoires existent : céphalée, diarrhée, douleurs.

Mais le début peut être aussi moins bruyant ; et quand l'affection est secondaire à une autre localisation du pneumocoque, ces signes sont souvent masqués et d'appréciation difficile.

Du reste, la symptomatologie varie quelque peu suivant que la péritonite est généralisée ou localisée.

Dans la péritonite diffuse le début est particulièrement impressionnant. Rapidement l'état général est atteint. On note souvent une dissociation du pouls et de la température, une dyspnée intense sans lésion pulmonaire, un visage cyanotique.

Les douleurs s'accentuent ; les vomissements se renouvellent, noirâtres ou fécaloïdes. La diarrhée persiste, le thermomètre accuse 39°-40°. Le pouls bat entre 140 et 160.

Tantôt le ventre est uniformément ballonné et le facies péritonéal. Tantôt, au contraire, la paroi reste souple, peu douloureuse à la palpation ; et ce sont les signes d'intoxication qui dominent la scène.

Le visage est pâle, le sujet nerveux, agité, délirant.

Dans les deux cas, la mort survient par collapsus cardiaque, avec souvent une élévation thermique terminale à 41° et plus.

L'évolution dure de six à huit jours. Un épanchement peut être perceptible après quinze heures, quarante-huit heures.

On a observé des formes prolongées avec des rémissions de plusieurs jours; la mort arrive, dans ces conditions, autour du vingtième jour.

Quand l'infection doit se localiser, on voit après l'orage

du début cesser les vomissements, se calmer la douleur, s'améliorer l'état général, cependant que la diarrhée persiste souvent. On a toutes raisons de croire à une guérison. Celle-ci, du reste, peut se produire ; mais d'ordinaire, les symptômes se précisent à ce moment et révèlent l'abcès. Celui-ci occupera la région hypogastrique, du pubis à l'ombilic. Il s'étend déjà plus ou moins dans les fosses iliaques, rappelant une vessie distendue, un utérus gravide. Rapidement il soulève la paroi, la fluctuation apparaît.

Parfois une fusée purulente devient perceptible dans le Douglas ou sous l'arcade de Fallope, ou le plus souvent autour de l'ombilic. La température prend le type des grandes oscillations.

L'ombilic se déplisse, devient saillant. Plus rarement, la collection se porte vers le vagin ou le rectum. Cette ouverture de l'abcès dans une cavité naturelle est de meilleur augure que l'ouverture spontanée à l'ombilic, le drainage s'y faisant au point déclive.

Formes anormales. — On peut distinguer, en dehors des formes septicémiques, un tableau clinique, rappelant de tous points une fièvre typhoïde.

Exceptionnellement, on observera une forme ascitique.

Parfois l'affection est masquée par un syndrome d'occlusion intestinale se traduisant par du tympanisme. Cela se conçoit si l'on veut bien se rappeler qu'au début la lésion est constituée par un exsudat muqueux entre les anses intestinales et que dans les formes localisées il y a des adhérences à la limite de la poche.

**Diagnostic.** — Reconnaître la péritonite est chose relativement facile, étant donné son début généralement bruyant. Le doute n'est guère possible que dans les formes anormales où les signes propres à la péritonite sont masqués par ceux d'une autre affection.

Quelquefois on pensera à une entérite banale parce que la diarrhée et les coliques domineront ; mais au bout de quelques jours le ballonnement du ventre corrigera l'erreur.

La confusion avec la fièvre typhoïde sera de courte durée, le séro-diagnostic tranchant rapidement la question.

Le diagnostic est encore à faire avec l'invagination intestinale, avec la pneumonie à cause du point douloureux abdominal au début, avec le phlegmon sous-péritonéal, l'ostéomyélite du bassin, l'arthrite aiguë de la hanche.

Le diagnostic de péritonite étant établi, reste à affirmer son origine pneumococcique. La confusion est surtout possible avec la péritonite appendiculaire.

Le tableau clinique est généralement plus alarmant dans la péritonite pneumococcique ; mais certaines appendicites gangreneuses, foudroyantes, présentent aussi cette symptomatologie impressionnante.

L'appendicite a presque toujours été précédée d'autres crises, ou tout au moins de troubles digestifs ; la péritonite pneumococcique n'est précédée d'aucun symptôme, le malade n'a pas de passé abdominal.

Enfin, la douleur est peut-être plus diffuse dans la péritonite à pneumocoque que dans la péritonite appendiculaire, et la paroi y demeure souple plus longtemps.

On le voit, aucun signe de certitude ne peut étayer ce diagnostic. Il semble que ce soit dans les rapports qui existent entre tous les signes décrits que l'on puisse trouver les meilleures indications. Cependant l'examen du sang montre une leucocytose avec augmentation du nombre des polynucléaires. Kolowski a dit qu'une leucocytose dépassant 30 000 et une proportion de polynucléaires dépassant 90 p. 100 serait en faveur de la péritonite à pneumocoque, car dans l'appendicite ces chiffres ne seraient pas atteints.

**Pronostic.** — Les formes légères susceptibles de guérir par résolution sont assez fréquentes, semble-t-il, mais elles échappent à l'appréciation en raison du diagnostic qui ne peut être contrôlé.

Dans les péritonites confirmées, la mortalité varie suivant qu'il s'agit d'une forme diffuse ou d'une forme localisée.

La proportion des guérisons atteint 80 p. 100 seulement dans les péritonites massives.

Il importe de souligner que tous les cas relatés dans les statistiques, sauf exception, ont été opérés. La guérison peut cependant se produire spontanément ou après une intervention minima quand l'abcès tend à se faire jour lui-même à l'ombilic, à l'intestin, etc.

**Traitement.** — Tout se ramène à savoir si la règle de l'intervention d'urgence dans les péritonites aiguës est applicable aux péritonites à pneumocoques. Il faut distinguer :

1° Le moment de la crise ;

2° La période d'état.

Les chirurgiens sont loin d'être d'accord sur la conduite à tenir au début de l'affection.

Les uns, partisans décidés de la temporisation, voient dans l'intervention précoce un geste inutile et dangereux. La laparotomie a pour but l'évacuation du pus et des matières septiques, la suppression de la source de l'infection : appendice, trompe à réséquer, ulcère perforé à suturer, etc. Or, dans la péritonite à pneumocoque il n'y a rien à évacuer au début de la crise, et la source de l'infection ne peut être atteinte, puisque aussi bien il s'agit d'une septicémie.

Mais les interventionnistes font remarquer que les sujets non opérés meurent toujours et que si la mortalité opératoire est manifestement très élevée, elle l'est moins cependant que celle qui accompagne l'évolution spontanée. Ils pensent que les malades succombent non du fait de l'intervention, mais du fait de la gravité extraordinaire de la maladie. Leur gros argument est la difficulté d'arriver à un diagnostic certain, l'erreur en cas d'appendicite étant susceptible d'avoir des conséquences fatales.

Les rapporteurs sont d'avis qu'il est difficile de conclure. En présence d'un syndrome péritonéal aigu, le chirurgien ne doit pas prendre le bistouri sans avoir cherché à faire le diagnostic exact de la cause, et sans avoir notamment discuté l'éventualité d'une péritonite à pneumocoque.

En période d'état, tout le monde est d'avis d'attendre que le diagnostic soit certain. Il semble bien en effet que l'opération en période intermédiaire soit peu favorable.

A côté du traitement chirurgical, les rapporteurs exposent les moyens médicaux susceptibles d'être utilisés, soit avant, soit après l'opération.

La transfusion, 250 centimètres cubes pour un enfant de six ans, est à conseiller comme dans toutes les infections.

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

La sérothérapie pneumococcique a pu rendre quelques services, mais il faut injecter des doses élevées.

La vaccination ne peut être indiquée que dans les formes à évolution retardée, étant donné que son action se fait sentir beaucoup plus lentement que celle de la sérothérapie. Barling n'en a obtenu aucun résultat.

La chimiothérapie n'est guère plus efficace dans les péritonites déclarées.

### Discussion.

M. Mathieu (de Paris) condamne absolument l'intervention d'urgence en matière de péritonite à pneumocoques.

Le chirurgien, trop souvent, en présence d'un syndrome péritonéal, ne pense qu'à l'appendicite. Il doit s'efforcer de faire un diagnostic précis. Il doit mûrir son diagnostic. Sans oublier la fréquence de l'appendicite et l'importance dans ce cas de l'intervention précoce, il faut que le chirurgien envisage toujours la possibilité d'une péritonite pneumococcique.

Bien souvent, ce qu'on considère comme une appendicite mortelle en dépit de l'opération, n'est en réalité qu'une péritonite à pneumocoques aggravée par l'intervention.

Plusieurs fois, dans de telles circonstances, l'auteur a pu constater nécropsiquement l'erreur du diagnostic.

M. Hardouin (de Rennes) rapporte deux observations de péritonites à pneumocoques chez l'homme adulte.

Le premier malade, opéré le cinquième jour, présentait un volumineux abcès collecté dans le Douglas. Il guérit après une longue convalescence.

Le second malade, opéré plus précocement, a succombé à l'évolution d'accidents septicémiques.

L'auteur montre la rareté de la péritonite à pneumocoques chez l'homme adulte. Il insiste sur la difficulté d'un diagnostic certain qu'il faut cependant rechercher, car il est à la base d'un traitement rationnel avec intervention chirurgicale retardée.

**La forme péritonite à pneumocoques dans l'appendicite.** — M. Tavernier (de Lyon). Depuis que Mathieu a jeté le cri d'alarme sur le danger de l'intervention précoce dans la péritonite à pneumocoques, l'auteur a étudié de près les cas susceptibles de comporter un enseignement.

Il relate l'histoire d'une péritonite à pneumocoques prise pour une appendicite et que l'opération n'a pas empêchée de guérir, et trois cas d'appendicite à forme de péritonite à pneumocoques.

Ces appendicites sont caractérisées par la gravité de l'état général, la diarrhée précoce, l'absence de signes de localisation iliaque droite. Ces symptômes anormaux sont conditionnés par deux facteurs anatomo-pathologiques : évolution gangreneuse de la lésion donnant lieu à un syndrome toxique avec diarrhée et situation anormale de l'appendice : rétro-cæcal ou pelvien, qui explique l'absence de signes iliaques d'une part, et d'autre part la persistance du péristaltisme intestinal, l'appendice malade étant en quelque sorte exclu du grand péritoine.

Ces formes ne sont pas exceptionnelles chez le jeune enfant. Elles sont graves, exigent une opération immédiate. Leurs symptômes anormaux en imposent forcément pour une péritonite à pneumocoques.

Tant que le laboratoire ne nous aura pas donné un moyen de diagnostic sûr et rapide, l'incision iliaque exploratrice sous anesthésie locale faite systématiquement restera le seul moyen d'éviter une erreur de diagnostic qui risquerait d'être fatale en cas d'appendicite.

Troisième question.

## Le traitement chirurgical immédiat des fractures ouvertes de jambe.

Résumé du rapport de MM. Roux (de Montpellier) et Sénèque (de Paris).

Il faut entendre par fractures de jambe, celles qui intéressent la diaphyse du tibia seule ou la diaphyse du tibia et celle du péroné.

Par fractures ouvertes, les rapporteurs désignent celles où le foyer de fracture communique avec l'extérieur, la peau étant sectionnée sur toute son épaisseur et les masses musculaires étant plus ou moins altérées, contuses ou déchirées.

Enfin, par traitement immédiat, il faut entendre celui qu'on applique avant l'apparition de toute infection.

Une importance considérable, quant au choix du traitement et quant au pronostic, doit être attribuée aux circonstances qui ont entouré l'accident.

Ou bien il s'agit d'une fracture de cause indirecte, ou bien d'une fracture de cause directe. La gravité du trauma varie dans les deux cas.

Dans les fractures indirectes, l'ouverture de la peau s'est produite de dedans en dehors. On se trouve en présence d'une fracture bi-fragmentaire oblique ou spiroïde, rappelant de tous points les fractures banales fermées. Le pronostic en est favorable.

S'agit-il, au contraire, d'une fracture directe ? Les lésions sont plus graves. L'os peut être écrasé, broyé plutôt que fracturé ; les esquilles sont multiples. La peau est souillée de terre, de fumier, et les parties molles présentent de larges décollements. Parfois les vaisseaux et les nerfs sont le siège de délabrements importants ; le pronostic est grave. Sa gravité varie avec le lieu où s'est produit l'accident, l'âge du blessé, ses tares antérieures, les premiers soins qu'il a reçus.

**Conduite générale du traitement.** — Aussi précocement que possible, on procédera à la désinfection du foyer de fracture.

C'est là le temps le plus important du traitement ; de la façon dont il sera exécuté dépend le pronostic. Il ne faudra pas hésiter, si cela paraît nécessaire, à recourir à l'anesthésie, de préférence à la rachicocaïnisation.

Les bords cutanés de la plaie seront excisés, les plans sous-jacents soigneusement explorés. On évacuera les épanchements séro-hématiques. Les segments musculaires contus seront supprimés à petits coups de ciseaux de façon à ne plus avoir qu'un muscle de coloration normale et répondant au pincement. On vérifiera l'hémostase.

Il est certain que les plaies de la loge externe sont moins graves que celles de la loge musculaire postérieure. Ce sont, sans doute, les plaies du mollet intéressant le soléaire, les jumeaux et les muscles de la couche profonde qui comportent le pronostic le plus sérieux.

Les extrémités des fragments osseux, si ceux-ci n'ont pas fait issue au dehors, seront curettés et lavés au sérum. Mais dans le cas où ces fragments auraient été en contact avec l'extérieur, il conviendrait d'en réséquer les extrémités.

Les esquilles, parfaitement libres, seront supprimées ; les esquilles adhérentes seront conservées.

**Manière de se comporter avec l'os.** — Le foyer de fracture largement exposé et la désinfection faite, on réduit à ciel ouvert.

Deux cas sont à considérer :

I. Il n'y a pas de perte de substance osseuse. — La réduction est, dans ces conditions, toujours possible ; son maintien en position correcte est souvent moins aisé, en particulier dans les fractures obliques ou spiroïdes.

On se demande alors s'il faut recourir à l'ostéosynthèse soit à l'aide de fils métalliques et cerclage, soit à l'aide de plaques, soit enfin en utilisant à distance du foyer des fixateurs externes.

Les risques d'ostéite secondaire et de rupture du tissu osseux ne sont pas illusoires, et dans la plupart des cas on se bornera à une réduction simple avec, si nécessaire, une ligature circulaire au catgut facilitant l'application immédiate d'un appareil plâtré.

II. Il y a une perte plus ou moins importante de substance osseuse. — C'est ce qu'on observe d'ordinaire en chirurgie de guerre. En pratique civile, de tels dégâts sont rares. Ces fractures nécessitent des opérations répétées ; désinfection, suture secondaire des téguments, traitement de la perte de substance.

Les esquilles, les fragments volumineux seront conservés. Ils peuvent évidemment se nécroser, mais il sera toujours temps de les enlever, et souvent on assistera à un véritable réveil de leur vitalité.

C'est alors que se pose la question de l'opportunité de la suture primitive.

La méthode a pour elle la rapidité de la cicatrisation, la rareté des pansements trop souvent douloureux, la simplicité de l'immobilisation qu'une attelle peut réaliser parfaitement. Mais elle expose à des phénomènes infectieux particulièrement graves. Elle ne sera tentée que si le traitement initial de la plaie et les circonstances de l'accident ne laissent subsister aucun doute sur l'évolution aseptique de la fracture.

L'immobilisation plâtrée si couramment employée peut entraîner la contamination de la plaie. Il serait désirable que nous sachions stériliser le plâtre d'une façon parfaite, et les auteurs conseillent de préparer la bouillie avec la solution de formol à 5 p. 1 000 déjà préconisée par Cunéo.

Ici, plus que jamais, il faut éviter la compression du membre. Jamais on n'emploiera d'appareil circulaire, surtout si l'on croit qu'un pédicule vasculaire a pu être lésé.

Les appareils à anse sont indiqués dans les cas de larges blessures.

A défaut d'immobilisation sous le plâtre, on peut recourir à l'extension continue, la traction prenant point d'appui, soit sur les parties molles, soit sur le squelette (Lambret, Quénu, Mathieu, Kirschner).

**Résultats. Indications.** — De l'étude des statistiques, il ressort que les résultats obtenus varient avec les méthodes employées, mais aussi avec l'âge du blessé, les circonstances de l'accident, la date du début du traitement, l'importance des lésions cutanées, vasculaires et osseuses.

Il est difficile de juger définitivement une méthode, celle-ci devant du reste se modifier avec chaque cas considéré dès l'apparition d'une complication.

Schématisant la question, les rapporteurs distinguent cinq degrés dans les fractures ouvertes de jambe.

Premier degré. — Il s'agit de cas favorables. La plaie cutanée est souvent minime, parfois punctiforme. Ce sont des fractures indirectes qui ne comportent pas d'hématome important ni de lésions osseuses étendues.

Le traitement sera réduit au minimum. Après excision des bords de la plaie qu'on pourra souvent suturer, on immobilisera par le plâtre ou par extension.

Deuxième degré. — C'est peut-être le cas le plus fréquemment observé. Il s'agit encore d'une fracture de cause indirecte, exception faite des fractures par coup de pied de cheval.

La plaie cutanée est nette, non déchiquetée. On pourra souvent en rapprocher les bords. Les parties molles sont peu lésées. La fracture n'est pas comminutive ; elle siège au niveau de la loge externe ou au niveau de la loge antérieure.

On réduira à ciel ouvert. Deux catguts circulaires maintiendront cette réduction. Les parties molles suturées, un léger drainage aux crins sera établi. On appliquera une gouttière plâtrée.

Exceptionnellement on pourra être amené à pratiquer une ostéosynthèse ou à utiliser les fixateurs externes.

Troisième degré. — Ici les dégâts sont plus importants. La fracture intéresse le tiers supérieur de la jambe. Elle est comminutive, parfois étagée. Les muscles sont contus, la loge postérieure est déchirée. La peau est trop altérée pour qu'un seul instant on pense à réaliser une réparation par synthèse.

C'est le cas d'utiliser l'excellent appareil immobilisateur de Lambret-Quénu-Mathieu.

La brèche tégumentaire largement maintenue béante sera pansée soigneusement, régulièrement.

On pourrait également pratiquer l'extension continue à la broche ou recourir aux fixateurs externes.

Quatrième degré. — Toute synthèse est impossible en raison de l'étendue des lésions du squelette, des parties molles et des vaisseaux.

La plaie est souillée, le malade voué à l'infection.

On s'efforcera de coapter les segments osseux par une circulaire métallique à l'aide d'un simple fil de fer recuit.

Ces fractures bénéficieront souvent de l'extension continue.

Cinquième degré. — Les dégâts sont tellement accusés que le mot de fracture est impropre à caractériser la lésion. Il s'agit plutôt d'un broiement, d'un écrasement.

Le traitement conservateur serait illusoire et dangereux. Il faut savoir se résoudre à l'amputation d'emblée.

**Évolution des lésions.** — *A*. Complications précoces. — Le *tétanos* est devenu rare depuis que l'emploi du sérum à doses massives et répétées est entré dans la pratique.

La *gangrène gazeuse* est toujours à redouter dans les cas graves. On la préviendra dans une certaine mesure

en débridant largement et en luttant contre l'érysipèle bronzé par les antiseptiques *ad hoc*.

Bien souvent, quand l'état général sera manifestement mauvais et l'infection à tendance extensive, on devra recourir à l'amputation « en saucisson ».

Les *infections streptococciques* seront combattues par le débridement, l'irrigation continue au Dakin, la vaccinothérapie.

L'*ostéomyélite grave précoce* imposera l'ablation du matériel de synthèse, la trépanation osseuse, voire l'amputation.

L'*arthrite suppurée tibio-tarsienne* signalée parfois au cours de l'évolution des fractures spiroïdes infectées entraînera l'astragalectomie.

*B.* COMPLICATIONS TARDIVES. —Les *ostéites prolongées* imposeront l'ablation précoce du matériel de synthèse et la suppression de l'os malade. Dans les cas légers cette réaction sera limitée, mais en cas de récidive il faudra recourir à des interventions très étendues allant parfois jusqu'à la suppression de toute une diaphyse.

Les *cals vicieux* seront traités par les ostéotomies.

Les *pseudarthroses* avec perte de substance nécessiteront des greffes d'Albee ou de Delagenière. Parfois on les verra se développer au contact même de ces greffes.

Le traitement médical n'est pas à négliger. On a préconisé le sucre à hautes doses, l'adrénaline, les extraits thyroïdiens, les sels de chaux, l'acide osmique, l'huile de foie de morue, le sérum des fracturés, l'ergostérine irradiée, les rayons ultra-violets, le traitement syphilitique quand il est indiqué.

En cas d'insuccès, la sympathectomie péri-artérielle et les greffes ostéopériostiques pourront être de quelque utilité.

**Discussion.**

M. ALIVISATOS (d'Athènes) donne ses conclusions découlant du traitement d'une trentaine de fractures ouvertes de jambe.

Il n'y a pas de traitement convenant à tous les cas, chaque blessé offrant des particularités anatomo-pathologiques ou cliniques susceptibles de modifier toute technique choisie.

Pourtant l'ostéosynthèse immédiate paraît devoir être une méthode d'exception. Deux sujets seulement ont été traités par cette méthode ; les 28 autres ont subi une réduction sanglante, puis une immobilisation dans une gouttière plâtrée, ou bien ont été traités par l'extension, continue à la Tillaux.

Dans cinq cas, l'amputation immédiate s'est imposée.

Presque tous ces blessés ont été soignés précocement. C'est là un facteur important de succès. Il faut réduire au maximum le choc opératoire et procéder à un nettoyage minutieux du foyer de fracture ; si l'anesthésie est nécessaire, on doit recourir de préférence à la rachicocaïnisation.

Les deux blessés traités par ostéosynthèse ont présenté entre le troisième et le cinquième jour une hémorragie importante qui nécessita une réintervention. L'un d'eux a suppuré.

La rareté de l'indication de l'ostéosynthèse est confirmée par les recherches bactériologiques auxquelles s'est livré l'auteur. Il a presque toujours trouvé au niveau du foyer de fracture une flore microbienne riche en staphylocoques et streptocoques.

Dix-neuf fracturés ont été réduits à ciel ouvert. Sur la plaie largement ouverte, l'auteur applique un pansement qu'il imbibe parfois de sérum antigangreneux. Une gouttière plâtrée assure la consolidation. Une large fenêtre permet de surveiller l'évolution de la plaie. Le plâtre est supprimé après cicatrisation et consolidation, c'est-à-dire dans un délai variant de quarante à soixante-cinq jours. Chez les sujets corpulents, on place alors pendant vingt-cinq jours un appareil de marche de Delbet.

M. HANSEN (de Copenhague) insiste sur l'importance de la désinfection du foyer de fracture.

L'ostéosynthèse immédiate lui a donné d'excellents résultats dans 39 cas sur 40.

Il n'a jamais vu la guérison se faire en sept ou huit semaines comme l'a observé Boehler ; il faut toujours beaucoup plus longtemps.

M. LAMBOTTE (d'Anvers) est un partisan convaincu de l'ostéosynthèse d'emblée. Dans les fractures transversales, il utilise le fixateur externe ; dans les fractures obliques, il fait un cerclage au fil de fer.

Il draine toujours avec un drain « debout » allant du foyer de fracture à la face postérieure de la jambe.

L'auteur condamne l'irrigation à la Carrel. Il ne croit ni au vaccin, ni au sérum, pas même au sérum antitétanique, et relate un cas de tétanos après injection préventive.

Deux cent trente-neuf cas ont donné 60 p. 100 de résultats parfaits ; 70 p. 100 d'invalidité légère.

M. BOEVER (de Namur) présente un fixateur externe perfectionné d'application facile.

M. ROUHIER (de Paris) expose la statistique de Dujarrier. L'ostéosynthèse a toujours été faite dans les premières heures qui ont suivi l'accident. Les résultats sont excellents. Sur 90 cas, on ne relève que 2 décès, 2 amputations secondaires et une pseudarthrose.

M. IMBERT (de Marseille) pense que la réduction sanglante est la méthode de choix. Sa statistique porte sur 106 cas. Il distingue les fractures traitées comme fractures fermées : 29, — celles traitées par réduction sanglante : 54, — les ostéosynthèses : 23.

Il a eu 2 morts et 9 amputations secondaires.

La première série de blessés a donné une moyenne de 36 p. 100 d'invalidité et neuf mois de consolidation ; la deuxième, 30 p. 100 et huit mois ; la troisième, 50 p. 100 et quatorze mois.

M. BILLET (de Lille) rappelle qu'en 1910, Lapasset conseilla, dans les fractures du tibia par coup de pied de cheval, l'excision de la plaie, le nettoyage des tissus contus, la suture de la peau. On doit donc le considérer comme un des précurseurs de la suture primitive.

L'auteur insiste sur les indications respectives de l'ostéosynthèse et du traitement à ciel ouvert sans ostéosynthèse.

MM. CHARBONNEL et MASSÉ (de Bordeaux), considérant 396 cas de fractures ouvertes de la jambe, comparent les résultats donnés par la mise à plat, par la suture primitive et l'ostéosynthèse primitive avec os sans suture des parties molles.

Ce qui est grave, c'est la suture des parties molles et non l'ostéosynthèse, surtout quand celle-ci est pratiquée

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

avec certaines techniques : cerclage ou fixation externe de préférence aux plaques.

La méthode « prudente » reste la mise à plat sans suture des téguments. Toutefois, il faut reconnaître que les résultats ne s'en montrent pas supérieurs à ceux des autres méthodes. En particulier, les ostéites sont aussi fréquentes qu'avec l'ostéosynthèse.

Dans cette chirurgie des fractures, le pronostic dépend de la valeur du nettoyage de la plaie. Si l'on n'a pu intervenir dans les six à huit premières heures avec une bonne asepsie, mieux vaut laisser les parties molles largement ouvertes.

M. Petit de la Villéon (de Paris) critique « l'épluchage » et lui préfère la « toilette chirurgicale », plus raisonnable, plus mesurée.

L'ostéosynthèse ne peut être qu'une méthode d'exception. Il préconise l'usage des antiseptiques légers, notamment du savonnage abondant, quotidien, du foyer de fracture.

Une bonne pratique lui paraît être celle de l'appareillage en deux temps : une attelle d'abord, permettant le pansement fréquent du début, puis un appareil plâtré fenêtré.

Il fait l'éloge du « Scultet », toujours facile à improviser.

M. Masini (de Marseille) expose une statistique de 53 cas. Huit fractures ouvertes traitées par la conservation à outrance ont donné 7 guérisons et 1 mort par septicémie. Dix autres ont dû être amputées entre la vingtième et la cinquantième heure avec 6 guérisons et 4 morts.

Il convient d'amputer seulement quand le choc traumatique est complètement « remonté », en moyenne au bout de deux jours.

Seize cas traités pendant la guerre par la méthode de Carrel ont donné 13 bons résultats, 3 amputations de cuisse avec 2 décès par gangrène gazeuse, 9 cas traités par la suture primitive ont donné 7 succès, 2 avaient subi un cerclage par lames de Parham ; 2 fois on a dû faire sauter les sutures à cause des phénomènes infectieux. Les plaies se sont comblées par bourgeonnements et la fracture s'est consolidée normalement.

Depuis la guerre, l'auteur a traité 10 autres cas, dont 4 par suture primitive avec succès. Les 6 autres ont nécessité une amputation d'emblée et ont donné 2 morts ; il s'agissait d'écrasements plutôt que de fractures.

M. A. Chalier (de Lyon) est partisan d'une intervention sanglante dans la très grande majorité des cas. Il préconise l'opération maxima d'emblée : nettoyage sous rachi-anesthésie des parties molles et du foyer de fracture, extraction des esquilles complètement mobiles, coaptation des fragments par ostéosynthèse.

Ses préférences vont à l'ostéosynthèse externe qu'il réalise au moyen de son appareil « le crampon extensible ». Cet appareil s'enfonce par deux vis à mèche perforatrice dans le tibia, au-dessus et au-dessous de la fracture ; il est extérieur à elle et permet de faire aisément les pansements.

S'il existe un déplacement très marqué, on ajoute une ou deux ligatures métalliques sortant par la plaie et suspendant en quelque sorte les fragments au pont métallique que constitue le « crampon ». On renforce par une gouttière plâtrée postérieure.

Après consolidation, on retire le « crampon » ; un peu plus tard la ligature métallique; en dernier lieu, la gouttière plâtrée.

M. Tavernier (de Lyon). D'une statistique de 37 cas l'auteur tire les conclusions que voici : les plaies punctiformes ne méritent pas leur réputation de bénignité, car sur 14 cas traités à la façon d'une fracture fermée, on a observé 7 évolutions aseptiques, 4 suppurations prolongées et 3 amputations.

La suture primitive après débridement et nettoyage offre aux germes subsistants un milieu de culture trop favorable ; l'assèchement du foyer par tamponnement à la gaze augmente les chances de succès.

La suture secondaire précoce, si l'évolution est favorable, a tous les avantages de la suture primitive sans en avoir les risques. Les cas ainsi traités ont donné 11 évolutions aseptiques sur 14 malades.

L'ostéosynthèse primitive aboutit trop souvent à des fistules (5 fois sur 5 cas) ; secondaire, elle est bonne (2 succès, 1 fistule), mais elle n'est pas nécessaire d'ordinaire.

Le maintien de la réduction par plâtre dans les fractures transversales ou par ligature au fil métallique enlevé après trois semaines suffit généralement à obtenir un résultat correct (sur 6 ligatures, 5 bons résultats, 1 fistule).

M. Leclerc (de Dijon) préfère les procédés non sanglants à l'ostéosynthèse.

L'extension continue à la Kirschner permet la réduction dans la plupart des cas. Quand celle-ci ne pourra être obtenue par cette méthode, on aura recours à l'ostéosynthèse ; elle sera de préférence secondaire.

M. Masmonteil (de Paris). La suture primitive et l'ostéosynthèse primitive sont deux opérations qui tendent à s'exclure. Leur association est dangereuse en cas de fracture ouverte.

Si suture primitive, ostéosynthèse secondaire. Sans suture primitive, ostéosynthèse primitive.

M. Descarpentries (de Roubaix) insiste sur la nécessité de bien aseptiser le canal médullaire. Entre les fragments osseux il place une lame de caoutchouc ou de gaze qu'il laisse en place quatre ou cinq jours afin d'éviter que le canal médullaire ne se transforme en cavité close et ne donne ainsi naissance à des phénomènes infectieux fort graves parfois.

Il n'est plus partisan de l'ostéosynthèse d'emblée ni de la suture primitive.

M. Judet (de Paris). La réduction des fractures ouvertes est en général facile. Leur coaptation l'est beaucoup moins. L'ostéosynthèse est cependant dangereuse. Mieux vaut recourir à la simple suture au fil d'argent, au tendon de renne ou au catgut à résorption lente. Il immobilise toujours sous le plâtre, et systématiquement pratique la sérothérapie antigangreneuse.

M. Dupuy de Frenelle (de Paris) est partisan de l'ostéosynthèse quand le blessé peut être traité assez près de l'accident.

Les manœuvres doivent être douces et prudentes, sous peine de diffuser l'infection.

*(A suivre.)* Dariau.

# NOUVELLES

**Un Comité national de défense contre les stupéfiants** vient de se constituer en France (siège : 52, rue Saint-Georges, Paris (IXe), à l'effet d'organiser conformément aux termes de l'article 1er de ses statuts : *la lutte contre le danger que fait courir aux individus, à la société et à la civilisation elle-même l'usage des stupéfiants, en dehors des besoins purement médicaux et scientifiques.*

Il n'est pas nécessaire de développer longuement devant vous l'importance de ce danger qui menace progressivement toutes les classes de la société.

Nous entendons poursuivre notre action avec le seul souci de la santé et de la moralité publiques et en étroite coordination avec le Centre international privé qui a été créé à Genève avec les mêmes préoccupations.

Le succès ne peut venir que du concours de toutes les bonnes volontés et nous espérons pouvoir compter sur la vôtre.

*Président* : Justin Godard, sénateur, ancien ministre.

*Vice-présidents* : M. Charléty, recteur de l'Académie de Paris ; le professeur Balthazard, doyen de la Faculté de médecine ; le professeur Radais, doyen de la Faculté de pharmacie.

*Secrétaire général* : Dr G. Dequidt.

*Trésorier* : Dr Dujarric de la Rivière.

Extrait des statuts, art. 4 : L'Association se compose de membres bienfaiteurs, de membres actifs et de membres adhérents. La cotisation de membre adhérent est fixée à 10 francs (chèque postal Paris 1582-32) par an, celle de membre actif à 25 francs. Le titre de membre bienfaiteur s'acquiert par un versement de 500 francs. L'admission définitive des différents membres sera toujours subordonnée à l'agrément du Conseil d'administration qui ne sera pas tenu de donner les raisons de sa décision.

**Association internationale des hôpitaux.** — Pendant le second Congrès international des hôpitaux qui vient de siéger à Vienne (8-14 juin), les délégués des 41 nations représentées au Congrès et les mandataires des Associations nationales des hôpitaux, qui existent aujourd'hui dans une quinzaine de pays, ont fondé une Association internationale des hôpitaux, dont le but est d'instituer des échanges de vues et une collaboration internationale portant sur tous les problèmes sanitaires, économiques et sociaux relatifs aux hôpitaux.

L'Association internationale, qui est un organisme indépendant, sans but lucratif, accepte comme membres ordinaires les Associations nationales des hôpitaux et comme membres extraordinaires, d'une part les hôpitaux, les organisations d'hygiène et d'assistance, les personnes attachées à ces institutions, d'autre part les firmes et les personnes qui se trouvent en relations d'affaires avec les hôpitaux.

Les membres de l'Association reçoivent gratuitement son organe, une revue trimestrielle qui paraît sous le titre de *Nosokomeion*. Ils participent aux Congrès internationaux des hôpitaux. Ils sont invités à collaborer aux travaux des dix Commissions internationales permanentes appelées à étudier l'ensemble des problèmes hospitaliers, et à préparer les progrès réalisables dans cet ordre d'idées.

La cotisation annuelle est de 125 francs français par an pour les hôpitaux, les organisations d'hygiène et d'assistance et les personnes attachées à ces institutions. Elle a été fixée à 250 francs pour les firmes et les personnes qui sont en relations d'affaires avec les hôpitaux.

On est prié d'envoyer les adhésions au Dr René Sand, président de l'Association internationale des hôpitaux, 2, avenue Vélasquez, Paris (VIIIe).

**VIIIe grand voyage médical international de Noel, sur la Cote d'azur (Voyage bleu).** — Le VIIIe grand voyage de Noel, sur la Côte-d'Azur, organisé par la Société médicale du Littoral méditerranéen, sera présidé par M. le professeur Balthazard, doyen de la Faculté de médecine de Paris, et dirigé par MM. les professeurs Laignel-Lavastine (*Histoire et pathologie générales*) et Duhot (*Climatologie et hydrologie*), des Facultés de Paris et de Lille.

Le parcours entier s'étendra de Marseille à San-Remo (26 décembre-9 janvier). Les adhérents qui ne disposeront pas d'un temps assez long, pourront se faire inscrire pour une partie seulement.

Première partie. — Réception inaugurale à la Faculté de Marseille, le 27 décembre. Promenade en mer. — Visite d'Aix, capitale de la Provence, l'ancienne Aquæ Sextiæ, métropole hydro-minérale de la Province romaine. — Après avoir vu Toulon et son port de guerre, on parcourra les stations climatiques et hélio-marines de Hyères, Giens, San-Salvadour, Fréjus, Saint-Raphaël, Valescure, Boulouris, Agay, Le Trayas, Cannes, Le Cannet, Grasse, le Golfe Juan, Juan-les-Pins et Antibes. Cette première partie se terminera à Nice, le 4 janvier, après une excursion dans les Alpes (sports d'hiver).

Deuxième partie. — Réception inaugurale, au Palais de la Méditerranée, à Nice, le 1er janvier. — Excursion dans les Alpes. Puis on verra le Mont-Boron, Cimiez, l'Observatoire, la Grande-Corniche, le Monument d'Auguste à La Turbie, le Château de Roquebrune, le Cap-Martin, Menton, le Château de Grimaldi (Laboratoire et élevage du Dr Vonoroff), Bordighera, San-Remo, Ospedaletti, Monaco, le Palais des Princes, le Muséum océanographique, les Jardins tropicaux, Monte-Carlo, Eze Beaulieu, le Cap-Ferrat, Villefranche. On reviendra ensuite à Nice, où la dissociation terminale aura lieu le 9 janvier.

Une excursion en Corse sera organisée à la suite de chacune des deux parties, pour les voyageurs qui en feront la demande.

On séjournera dans les villes principales, le temps nécessaire pour connaître tous les aspects de la vie d'hiver sur la Côte d'azur. Les parcours, choisis parmi les plus beaux, seront tous effectués en autocars ou en trains spéciaux (1re classe). Les séjours seront assurés dans les plus beaux hôtels et palais de la région. De luxueuses réceptions seront présidées par les autorités françaises, italiennes et monégasques. Des démonstrations scientifiques seront faites partout où elles seront utiles (histoire, préhistoire, géographie, botanique, météorologie, médecine et chirurgie). Toutes les richesses thérapeutiques de la Côte d'azur et de la zone intérieure seront présentées et expliquées par les personnalités les plus compétentes afin que le voyage soit aussi instructif qu'agréable.

Les adhérents recevront des permis de parcours individuels à demi-tarif, valables pendant un mois, sur les chemins de fer français et italiens, en 1re et 2e classes. Des arrêts seront autorisés pendant la traversée de

## NOUVELLES *(Suite)*

l'Italie, ainsi qu'à Paris, Lyon, Avignon et Arles.

Le nombre des places étant limité par la nécessité de conserver à ce beau voyage l'ordre, la tenue, le confort et l'agrément qui justifient sa renommée, les médecins et leurs familles qui désirent y prendre part sont priés d'écrire, le plus tôt possible, à la Société médicale du Littoral méditerranéen, 24, rue Verdi, à Nice.

**Clinique des maladies infectieuses.** — M. le professeur Pierre Teissier a commencé ses leçons cliniques le mardi 17 novembre, à 10 h. 30.

Organisation du service et de l'enseignement. — *Service.* — Visite tous les matins, de 9 h. 15 à 10 h. 30, les jours de leçons; de 9 h. 15 à 11 h. 30, les autres jours.

L'examen des malades est fait par le chef de service, par les assistants de la clinique (chefs de clinique), ou par les élèves, sous la direction du professeur ou des assistants.

*Enseignement.* — Le mardi et le jeudi, à 10 h. 30, leçon magistrale à l'amphithéâtre, avec ou sans présentation de malades, ou leçon au lit du malade, par M. Teissier.

Le samedi, à 10 h. 30, leçons de technique clinique à l'amphithéâtre ou au laboratoire, par les collaborateurs ou assistants de la clinique : MM. Gastinel, Cambessedès, Cathala, Rivalier, Cochez, Joannon, Coste, Marceron, Chavany, Le Clerc et George, anciens chefs de clinique ; Reilly, chef de laboratoire ; Bourgeois, Garnier, Layani, chefs de clinique titulaires.

Une consultation médico-chirurgicale, concernant les affections du nez, des oreilles, du larynx, d'origine infectieuse, est assurée les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, par M. Chatelier, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.

L'enseignement donné à la clinique des maladies infectieuses s'efforce de répondre aux deux modalités suivantes : 1° L'enseignement professionnel ou pratique qui a pour but d'instruire les étudiants (durant le stage des maladies infectieuses auquel ils sont astreints) dans les données de sémiologie et de technique diagnostique des principales maladies infectieuses, comme aussi dans leur prophylaxie et leur traitement ;

2° L'enseignement complémentaire, s'adressant aux médecins français ou étrangers, aux travailleurs ou chercheurs, désireux de se perfectionner dans la connaissance de la pathologie infectieuse et exotique.

Cet enseignement s'attache soit à l'étude des formes plus exceptionnelles ou moins connues des maladies épidémiques ou contagieuses, soit à la discussion des grands problèmes d'étiologie et de physiologie pathologique comme à l'examen des techniques nouvelles ou des données les plus récentes de prophylaxie sociale ou individuelle, et de thérapeutique dite spécifique.

Ces deux enseignements se poursuivent parallèlement chaque jour, au lit du malade ou dans les leçons magistrales et les conférences avec interrogations déjà indiquées ; l'enseignement complémentaire étant plus particulièrement assuré par le professeur de la clinique, avec le concours dévoué de M. le professeur d'hygiène Tanon ; de M. Gastinel, agrégé de bactériologie ; de M. Reilly, chef de laboratoire ; de M. Cathala, agrégé de médecine, médecin des hôpitaux ; de M. Joannon, agrégé d'hygiène ; de M. Coste, médecin des hôpitaux, tous anciens élèves de la clinique des maladies infectieuses, aussi avec l'aide des collègues spécialisés en diverses branches des maladies infectieuses ou exotiques.

**Clinique médicale Cochin.** — M. le professeur Charles Achard commencera ses leçons à l'amphithéâtre de la clinique médicale, le samedi 21 novembre 1931, à 10 h. 30, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

Tous les matins, à 9 h. 30, visite dans les salles, examen des malades, par MM. Moussoir, Poumailloux, Cahen et Rivoire, chefs de clinique.

A 11 heures, excepté le samedi, leçons et démonstrations avec le concours de MM. Lœper, Villaret, Clerc et Léon Binet, professeurs à la Faculté ; Joannon, Henri Bénard et J. Verne, agrégés ; Bensaude, P. Emile-Weil, Laubry, Grenet, Louis Ramond, Touraine, Flandin, Marchal, M. Debray et Hamburger, médecins des hôpitaux ; Grigaut et Bariéty, chefs de laboratoire ; Saint Girons, Thiers, Mouzon, Sigismond Bloch et Morlaas, anciens chefs de clinique.

Le lundi et le vendredi à 10 heures, consultation des maladies rhumatismales par MM. Coste, médecin des hôpitaux ; J. Forestier, ancien interne, et Cachera, interne des hôpitaux.

Le jeudi, à 10 heures, consultation d'endocrinologie par M. Léopold-Lévi, ancien interne lauréat des hôpitaux.

Le samedi, à 10 h. 30, leçon à l'amphithéâtre, par le professeur.

**Cours libre sur les maladies du cœur.** — M. le Dr R. Lutembacher commencera le jeudi 26 novembre 1931, le soir, à 21 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté et continuera les jeudis suivants, à la même heure, une série de conférences sur :

*Lésions organiques du cœur* (documents anatomiques et radioscopiques). — Lésions valculaires ; Formes rares de lésions mitrales ; Les formes de l'insuffisance cardiaque ; Péricardites ; Endocardites ; Thrombose cardiaque. ; Myocardites ; Infarctus du cœur.

**Clinique oto-rhino-laryngologique.** — Enseignement sous la direction de M. Fernand Lemaitre, professeur. — Cet enseignement se fera : 1° pour la *partie orale* (leçons), à l'amphithéâtre général de l'hôpital Lariboisière ;

2° Pour la *partie technique* (examens de malades et opérations), dans le service de la clinique oto-rhino-laryngologique dudit hôpital.

Il comprendra : 1° *L'enseignement magistral* (clinique et technique) par le professeur. Cet enseignement, gratuit pour tous les auditeurs, comprendra :

a. *Une leçon clinique*, le jeudi, à 10 heures. Première eçon, le jeudi 19 novembre 1931.

b. *Des séances opératoires*, les lundis, mercredis, vendredis et samedis, à 10 heures. Première séance : vendredi 20 novembre (service de la clinique).

c. *Une consultation avec présentation des malades*, le mardi, à 10 heures. Première séance : mardi 24 novembre (service de la clinique).

2° *L'enseignement aux stagiaires* par le professeur et les chefs de clinique. Cet enseignement est gratuit. Il est réservé aux étudiants en cours d'études et inscrits à la Faculté. Il sera fait pendant toute l'année trois fois par semaine, à 10 heures. Première séance : jeudi 19 novembre 1931.

3° *L'enseignement d'initiation* pour les futures spécia-

# NOUVELLES *(Suite)*

listes. S'inscrire au Secrétariat de la Faculté de médecine.

Droits d'inscription : 250 francs.

4° *L'enseignement clinique complémentaire* sous la direction du professeur par MM. les Drs MADURO et REMY-NÉRIS, chefs de clinique, réservé aux praticiens et étudiants déjà initiés à l'examen des malades et au maniement des instruments. Cet enseignement, qui aura lieu le matin, concordera comme jours et comme dates avec l'enseignement de chirurgie opératoire.

Pour tous renseignements sur horaire et programme, s'adresser au chef de clinique. Inscription au Secrétariat de la Faculté de médecine. Droits à verser : 250 francs.

5° *Un enseignement de perfectionnement chirurgical*, qui comprendra : deux cours de chirurgie opératoire spéciale par le professeur et MM. les Drs AUBIN, laryngologiste des hôpitaux, MADURO et REMY-NÉRIS, chefs de clinique. Chacun de ces cours aura lieu en même temps qu'une série de l'enseignement clinique complémentaire, à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, tous les jours, à 2 heures.

Pour tous renseignements sur ces deux cours, consulter les affiches spéciales ou s'adresser au chef de clinique, hôpital Lariboisière.

*Note.* — Des médecins français ou étrangers, les étudiants, non inscrits à la Faculté de médecine de Paris, désireux de faire un stage d'études prolongé, demanderont au professeur une autorisation spéciale pour suivre les travaux de la clinique.

**Institut de criminologie. Section de police scientifique.** — Les cours auront lieu tous les jours, à 16 et 17 heures, à l'Institut médico-légal (place Mazas), à partir du mardi 5 avril 1932.

Ils comporteront des notions de médecine légale, de psychiatrie, de droit pénal et d'organisation policière, et un enseignement de police scientifique.

MÉDECINE LÉGALE. — M. Balthazard, professeur de médecine légale, assisté de MM. Duvoir et Piédelièvre, agrégés, et Dervieux, chef des travaux, commencera le cours le mardi 5 avril 1932, à 16 heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

1. Introduction à l'étude de la police scientifique.
2. La mort. Mort apparente ; morts suspectes.
3. Le suicide.
4. Homicides et blessures par instruments coupants, piquants et contondants. Taches de sang.
5. Blessures par armes à feu.
6. Les asphyxies mécaniques : pendaison, strangulation, suffocation et submersion.
7. Asphyxie par les gaz et l'oxyde de carbone.
8. Empoisonnements ; expertises toxicologiques.
9. Attentats aux mœurs. Viol. Perversions sexuelles.
10. Avortement et infanticide.

MÉDECINE LÉGALE PSYCHIATRIQUE (ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE). — M. Claude, professeur de clinique des maladies mentales, avec la collaboration de MM. Lévi-Valensi, Heuyer, et Ceillier, commencera ce cours le mercredi 6 avril 1932, à 17 heures, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

1. Les stigmates physiques et psychiques de la dégénérescence.
2. Criminalité et dégénérescence. Rapports de la criminalité et des prédispositions. Le criminel-né. La criminalité pathologique. La criminalité non pathologique.
3. L'alcoolisme : hérédité alcoolique.
4. Les pervers constitutionnels : hystériques mythomanes.
5. Pervers sexuels : homosexualité originelle ou vicieuse. Prostitution.
6. Déséquilibre psychique. Amoralité, Folie morale.
7. Délinquance infantile.
8. L'épilepsie ; les traumatismes craniens ; les lésions cérébrales.
9. La délinquance sénile.
10. Valeur du témoignage.

POLICE SCIENTIFIQUE. — M. Sannié, agrégé à la Faculté de médecine, chef du Service d'identification judiciaire, commencera ces cours le mercredi 6 avril 1932, à 16 heures et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

1. Identification judiciaire, le service de l'identité historique. Anthropométrie, portrait parlé, dactyloscopie.
2. Les empreintes digitales, historique, prise des empreintes, classification.
3. Les sommiers judiciaires : fonctionnement, organisation. L'organisation actuelle du service : les diverses sections.
4. Etude des traces laissées sur les lieux de crime. Méthodes utilisées pour leur recherche, leur protection et leur prélèvement. Traces de pas, empreintes d'outils, etc.
5. Les traces digitales : nature, supports, recherche, protection et prélèvements. Etude au laboratoire. Importance dans les affaires criminelles.
6. Les coups de feu. Etude des poudres ; identification des poudres dans les résidus, sur l'arme ou sur les vêtements. Identification des balles et des douilles. Détermination de la distance du tir.
7. Falsification des documents. Textes lavés et surchargés. Identification des encres et papiers.
8. Identification des textes dactylographiés. Faux titres, faux chèques. Timbres oblitérés. Cires à cacheter. Colles. Vols postaux.
9. Contrefaçon des billets de banque et bons de la défense. Faux titres. Falsification et contrefaçon des œuvres d'art.
10. Visite du service de l'identité judiciaire.

ORGANISATION DE LA POLICE. — M. Lafont, docteur en droit, commissaire de police de la Ville de Paris et du département de la Seine, commencera ces conférences le mardi 5 avril 1932, à 17 heures, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

*a. Notions générales.* — 1. Organisation de la police en France (Préfecture de police. Sûreté générale. Gendarmerie, etc.).

a. Rôle de la police en matière judiciaire (Officiers de police judiciaire. Autres agents. Compétence. Actes forme matérielle, valeur juridique).

b. *Enquête judiciaire. Règles légales et règles techniques.* — 3. Constatation de l'infraction. Transport sur les lieux (description, plan, photographie). Recherche et conservation des traces. La preuve indiciale et sa valeur.

4. Etude des traces et indices. Traces humaines (empreintes digitales, pas, dents, poils, vêtements, etc.). Traces diverses (animaux, véhicules, outils). Taches.

# NOUVELLES *(Suite)*

5. Application de la méthode aux divers délits :

*a*, Délits contre les personnes (homicides et blessures avortement, etc.) ;

*b*. Délits contre la propriété (vol, incendie, faux, etc.).

6. Perquisitions et saisies. Notions sur l'expertise.

7. Le témoignage et sa critique.

8. L'interrogatoire. Méthode. L'aveu et sa valeur. Confrontations.

c. *Les malfaiteurs et leurs pratique.*

9. Formation et spécialisation des criminels.

10. Variétés des différents délits (vols, escroqueries, chantage, faux, etc.).

Pourront suivre ces cours les étudiants inscrits dans une autre section de l'Institut de criminologie et les étudiants qui se seront fait inscrire à la section de police scientifique (secrétariat de la Faculté de médecine).

Un certificat de police scientifique est délivré après examen de l'aptitude du candidat, au moyen d'épreuves écrites et orales.

Les droits à percevoir en vue du certificat de police scientifique sont fixés ainsi qu'il suit : un droit d'immatriculation, 100 francs ; un droit de laboratoire, 60 francs ; un droit d'examen, 20 francs.

Les étudiants déjà inscrits dans une autre section sont dispensés du droit d'immatriculation.

**Cours d'hygiène mentale élémentaire.** — M. le professeur Henri CLAUDE commencera ce cours le jeudi 3 décembre, à 16 heures, salle de thèses nº 2, et le continuera les jeudis suivants à la même heure, avec le concours de MM. Lévy-Valensi, agrégé ; Genil-Perrin, médecin des asiles de la Seine ; Baruk, Borel, Cénac, Ceillier, Codet, Gilbert-Robin, Montassut, Morlaas, Schiff, et Targowla, anciens chefs de clinique.

Programme du cours : importance de l'hygiène mentale, hygiène prénatale, enfant et adolescent normaux, étiologie générale des anomalies, épileptiques, arriérés, émotifs, cyclothymiques, imaginatifs, schizoïdes, paranoiaques, pervers et pervertis, hygiène des psychopathes.

**Cours de perfectionnement sur les nouveau-nés et les débiles.** — Ce cours a lieu tous les mercredis, à 11 heures, à partir du 18 novembre, après la consultation des nourrissons.

Cours de perfectionnement sur *les troubles endocriniens chez la femme*, par M. MARCEL LAEMMER.

Ce cours a lieu, tous les jeudis, à 11 heures, à partir du 19 novembre, dans le service du Dr H. Vignes. Il comprendra huit leçons.

**Poste médical à créer.** — Un poste médical serait à créer à Saint-Martin-le-Beau (Indre-et-Loire). Subvention de 1 500 francs les premières années. Maison bien située pouvant convenir à un médecin, actuellement à louer. A 18 kilomètres de Tours, sur la ligne Tours-Vierzon. Pays peuplé de viticulteurs. Clientèle de trois communes limitrophes démunies de médecin, de pharmacien et de sage-femme (environ 3 000 habitants).

Pour la maison à louer, s'adresser à M. Périnée, 95, rue de la Scellerie, à Tours.

Pour la subvention, s'adresser à M. le maire de Saint-artin-le-Beau.

**Thèses de la Faculté de médecine de Paris.** — 17 *Novembre.*— M. TANGUY, Contribution à l'étude des anticorps dans le sérum des tuberculeux traités par le pneumothorax artificiel. — M. CADARS, Contribution à l'étude des rapports entre l'érythème annulaire centrifuge et la maladie de Duhring-Brocq. — M. MASSOT, Contribution à l'étude de l'érythroplasie des organes génitaux.

19 *Novembre.* —M. BÉCAM, L'anatoxine tétanique et la vaccination de l'homme contre le tétanos. — M. DEFFAY, Essai médico-historique sur un point de pratique obstétricale. Les hémorragies tardives de suite de couches. — M. DELOBEL, Le pronostic visuel de la chirurgie hypophysaire.

20 *Novembre.* — M. NICOLAI, L'étude expérimentale des tumeurs spontanées chez les oiseaux.

## MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

21 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôtel-Dieu, 10 h. 45. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

21 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Cochin, 10 heures. M. le professeur ACHARD : Leçon clinique.

21 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades, 10 heures. M. le professeur NOBÉCOURT : Leçon clinique.

21 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique Tarnier, 10 heures. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

21 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Saint-Antoine, 9 h. 30. M. le professeur LEJARS : Leçon clinique.

21 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 10 h. 30. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

21 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 9 h. 30. M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique

21 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'hôpital Cochin, 10 h. 30. M. le professeur ACHARD : Leçon clinique.

21 NOVEMBRE. — Paris. Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine, 9 h. 30. M. le professeur LEJARS : Leçon clinique.

21 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades. Clinique médicale infantile, 10 heures. M. le professeur NOBÉCOURT : Leçon clinique.

21 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Cochin, 11 heures, M. le professeur PIERRE DELBET : Leçon clinique.

21 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique Tarnier, 10 h. 30. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

21 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôtel-Dieu, 10 heures. M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique.

21 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Cochin, 10 h. 30. M. le professeur DELBET : Leçon clinique.

23 NOVEMBRE. — *Vannes.* Dernier délai d'inscription des candidats au concours de médecin adjoint de l'hôpital de Vannes.

23 NOVEMBRE. — *Toulon.* Concours de l'internat des hôpitaux de Toulon.

24 NOVEMBRE. —*Paris.* Faculté de médecine, 18 heures. Leçon inaugurale de M. le professeur LEMAITRE.

25 NOVEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Clôture du registre d'inscription des candidats au concours de l'internat de Brévannes, Sainte-Périne, Chardon-Lagache, Hendaye.

25 NOVEMBRE. — *Paris.* Asile Sainte-Anne, 10 heures. M. le professeur CLAUDE : Leçon clinique.

25 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique d'hygiène et des maladies du nourrisson (hospice des Enfants-Assistés), 10 h. 30. M. le professeur LEREBOULLET : Leçon clinique

## NOUVELLES *(Suite)*

25 Novembre. — *Paris.* Clinique propédeutique (hôpital de la Charité), 10 heures. M. le professeur Sergent : Leçon clinique.

25 Novembre. — *Paris.* Clinique de la tuberculose (dispensaire Léon-Bourgeois), 11 heures. M. le professeur Bernard : Leçon clinique.

25 Novembre. — *Paris.* Hospice des Enfants-Assistés, 10 h. 45. M. le Pr Lereboullet, Leçon clinique. La syphilis osseuse de la première enfance.

26 Novebmre. — *Paris.* Faculté de médecine, 21 heures. M. Lutembacher, Cardiologie-sténose, mitrale.

26 Novembre. — *Paris.* Clinique oto-rhino-laryngologique (hôpital Lariboisière), 10 heures. M. le professeur Lemaitre : Leçon clinique.

26 Novembre. — *Paris.* Clinique thérapeutique médicale (hôpital de la Pitié), 10 h. 30. M. le professeur Rathery : Leçon clinique.

26 Novembre. — *Paris.* Clinique obstétricale (hôpital de la Pitié), 11 heures. M. le professeur Jeannin : Leçou clinique.

26 Novembre. — *Paris.* Société végétarienne (mairie du VIe), 20 h. 30. M. le Dr Jules Grand, Hygiène de la peau. Pureté du corps. M. le Dr Fauvel : La neurasthénie. Comment la prévenir ? Comment la traiter ?

27 Novembre. — *Besançon.* Dernier délai d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Besançon.

27 Novembre. — *Besançon.* Dernier délai d'inscription pour le coucours de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie de l'École de médecine de Besançon.

27 Novembre. — *Paris.* Hôpital Saint-Antoine, 10 h. 30. M. le professeur Bezançon : Les manifestations articulaires dites rhumatismales de la tuberculose.

27 Novembre. — *Paris.* Clinique ophtalmologique de 'Hôtel-Dieu, 10 h. 30. M. le profesesur Terrien : Leçons clinique.

27 Novembre. — *Paris.* Clinique chirurgicale infantile (hôpital des Enfants-Malades), 10 h. 30. M. le professeur Ombrédanne : Leçou clinique.

28 Novembre. — *Paris.* Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 10 h. 30. M. le professeur Carnot : Leçon clinique.

28 Novembre. — *Paris.* Clinique médicale de l'hôpital Cochin, 10 heures. M. le professeur Achard : Leçon clinique : Fièvre typhoïde, cas de contagion par des main sales.

28 Novembre. — *Paris.* Clinique chirurgicale de Hôtel-Dieu, 10 heures. M. le professeur Cunéo : Leçon clinique.

28 Novembre. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine, 9 h. 30. M. le professeur Lejars Leçon clinique.

28 Novembre. — *Paris.* Clinique médicale des Enfants (hôpital des Enfauts-Malades), 10 heures. M. le professeur Nobécourt : Leçon clinique.

28 Novembre. — *Paris.* Clinique Tarnier, 10 h. 30. M. le professeur Brindeau : Leçou clinique.

30 Novembre. — *Nîmes.* Dernier délai d'inscription des candidats au concours de l'internat de l'hôpital Ruffi.

30 Novembre. — *Tunis.* — Dernier délai d'inscription des candidats au concours de médecin-chef du dispensaire antituberculeux de Tunis. (S'adresser à la Ligue antituberculeuse de Tunis : Dar el Bey, à Tunis.

1er Décembre. — *Strasbourg.* Comité de direction de la caisse d'assurances des employés, 9 *bis*, rue de Genève. Dernier délai des candidatures au poste de médecin-chef du sanatorium de Salem à Aubure-Fréland.

1er Décembre. — *Paris.* Hôpital du Val-de-Grâce. Concours de médecin sous-lieutenant des troupes coloniales.

3 Décembre. — *Paris.* Assistance publique. Concours de médaille d'or de chirurgie.

3 Décembre. — *Paris.* Faculté de médecine, 21 heures. M. Lutembacher : Insuffisance cardiaque.

4 Décembre. — *Paris.* Hôpital Saint-Antoine, 10 h. 30. M. le professeur Bezançon : Les manifestations articulaires dites rhumatismales de la syphilis.

4 Décembre. — *Nîmes.* Concours de l'internat en médecine de l'hôpital Ruffi.

7 Décembre. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription pour le concours d'électro-radiologiste des hôpitaux de Paris.

7 Décembre. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du concours de médaille d'or de médecine.

7 Décembre. — *Paris.* Concours de médecin adjoint de l'hôpital de Vannes.

8 Décembre. — *Paris.* Palais d'Orsay. Dîner de l'Umfia.

10 Décembre. — *Paris.* Assistance publique. Concours de l'internat de Brévannes, Sainte-Périne, Chardon-Lagache, Hendaye.

10 Décembre. — *Paris.* Société végétarienne (mairie du VIe arrondissement), 20 h. 30 : Conférence de M. Avias. Les poisons alimentaires, et de M. le Dr Ed. Lévy : Les émotifs et les anxieux. Les causes du mal.

10 Décembre. — *Paris.* Assistance publique. Dernier délai pour les candidatures aux postes vacants d'assistants de consultations de médecine et de chirurgie des hôpitaux de Paris.

14 Décembre. — *Paris, Bordeaux, Marseille.* Concours de médecin stagiaire de l'assistance médicale en Indochine.

15 Décembre. — *Paris.* Préfecture de police. Concours de l'internat de la maison départementale de Nanterre.

# CHRONIQUE DES LIVRES

***Les débuts et les arrêts de la tuberculose pulmonaire***, par le professeur Léon Bernard. Un volume in-8º de 266 pages avec 71 figures, 40 francs (*Masson et Cie, édit., Paris*).

Le beau volume que vient de faire paraître le professeur Léon Bernard est le premier d'une *Bibliothèque de phtisiologie*, dirigée par lui et dans laquelle doivent bientôt être publiés d'autres volumes sur les diverses questions de tuberculose, enrichies de nouvelles acquisitions, tel le virus tuberculeux, la tuberculose du nourrisson, le pneumothorax artificiel, l'aurothérapie, etc. Ce premier ouvrage témoigne de la valeur de cette bibliothèque et du soin apporté à la publication des monographies qui doivent la composer.

On sait l'importance accordée par les phtisiologues aux modes de début de la tuberculose pulmonaire et toutes les questions que soulève la discussion de l'arrêt apparent ou réel de l'évolution tuberculeuse. On comprend par suite l'intérêt qui s'attache aux leçons que le professeur Léon Bernard a groupées dans ce volume en les rédigeant sous une forme livresque. Il y apporte le résultat d'une expérience déjà ancienne, basée sur de nombreux faits minutieusement étudiés et analysés.

Après avoir rappelé les idées actuelles sur le développement de la tuberculose, la primo-infection et les surinfections, il analyse, en s'aidant de nombreux documents personnels et de fort belles radiographies, le début de la primo-infection chez le nourrisson, dans la seconde enfance et chez l'adulte. Il étudie le début des surinfections tuberculeuses et donne une description très précise de la localisation intercléido-hilaire. Viennent ensuite l'analyse des localisations parahilaires et de certaines localisations initiales plus rares. Tout en étant avant tout clinicien, l'auteur s'aide constamment des seuls documents dont trop souvent nous puissions disposer au début de la tuberculose, les images radiologiques, et en en multipliant les exemples, il arrive à donner un tableau synthétique schématique et clair des images traduisant les lésions initiales de la tuberculose.

Il expose ensuite le début par lobite, le début par poussée miliaire diffuse, le début par typhobacillose, et arrive enfin à l'étude des arrêts de la tuberculose et à la discussion si importante de la notion de guérison en tuberculose pulmonaire. Il termine par quelques pages sur la question, toujours si discutée, du mariage des tuberculeux.

Cette sèche énumération ne peut donner une idée de l'intérêt de chacun de ces chapitres. Du moins elle montre combien de questions importantes sont abordées par le professeur Léon Bernard et analysées avec toute la précision et le sens clinique qui caractérisent son enseignement. Son livre est une des meilleurs introductions à 'étude de la phtisiologie moderne et est assuré de nombreux lecteurs.

P. Lereboullet.

***La fièvre ondulante***, par H. Violle, 1 vol. in-16 de 115 pages, 18 francs (*Masson, édit.*, 1930).

H. Violle fait dans ce petit livre une étude très complète de la fièvre ondulante. Il aborde tout d'abord l'étiologie de l'affection ; il donne une description du microbe de Bang (*B. abortus*) et du microbe de Bruce (*Brucella melitensis*) et avec Miss Evens se range résolument parmi les partisans de l'unité du germe. Il décrit le rôle des espèces animales réceptives, les voies et les modes de contamination. Il expose ensuite le tableau clinique et le diagnostic de la fièvre ondulante. Il parle enfin de la prophylaxie et de la thérapeutique de cette affection.

Ce livre, très clair, sera lu avec intérêt par tous les praticiens.

F. Rathery.

***Hypersensibilités spécifiques dans les affections cutanées. Anaphylaxie. Idiosyncrasie***, par Pasteur Vallery-Radot, médecin des hôpitaux, et Mlle V. Heimann, interne des hôpitaux. Un volume de 146 pages, 25 francs (*Masson et Cie édit.*).

On sait combien controversée est actuellement la question de l'idiosyncrasie, de l'anaphylaxie ou plus simplement de l'hypersensibilité dans les affections cutanées. Widal et ses collaborateurs ont ouvert la voie en 1914, en montrant que certaines urticaires et certains asthmes étaient bien deux syndromes relevant d'un mécanisme comparable à celui qu'on observe dans l'anaphylaxie expérimentale. Depuis leurs travaux, toute une partie de la dermatologie a été modifiée par les conceptions sur la sensibilisation de l'organisme à certaines substances et sur les réactions humorales qui aboutissent aux réactions cutanées. Toutefois bien des pathogénies un peu trop hypothétiques ont été édifiées ces dernières années et on a quelque peu abusé du terme anaphylaxie.

Aussi le livre de M. Vallery-Radot et de Mlle V. Heimann vient-il à son heure. On sait la méthode, le bon sens et la clarté d'exposition de M. P. Vallery-Radot. Dans ce volume, plein de faits et d'idées, il expose tout d'abord avec Mlle Heimann les bases expérimentales et cliniques de la notion d'hypersensibilité spécifique dans les affections cutanées. Puis, prenant successivement chacune d'elles, l'urticaire, l'œdème de Quincke, les dermites artificielles, les eczémas, les prurits et les prurigos, les dermatoses diverses, il rapporte un grand nombre de fait significatifs empruntés aux divers auteurs et à son expérience personnelle, il les classe, il s'efforce de ne faire état que de ceux où l'hypersensibilité est bien démontrée et de préciser ce qui est du domaine de l'anaphylaxie et ce qui ne lui appartient pas.

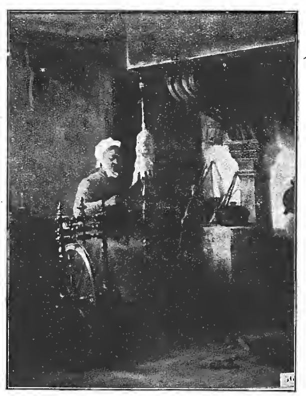
M. Pasteur Vallery-Radot et Mlle Heimann abordent alors en quelques pages le traitement, montrent les résultats souvent éclatants, parfois décevants, des méthodes de désensibilisation spécifique, exposent les avantages de la peptonothérapie préprandiale justement appelée méthode de Pagniez et Vallery-Radot, analysent ensuite les effets des injections de protéines ou de cristalloïdes dites antichoc, étudient quels peuvent être les facteurs adjuvants de ces méthodes, bref mettent au point la thérapeutique si intéressante mais encore si controversée de ces états. Leur livre, concis et clair, riche en notions intéressantes, sera lu avec profit par tous ceux qui ont eu ou auront à soigner ces cas nombreux et si souvent d'une ténacité désespérante, d'hypersensibilité cutanée.

P. Lereboullet.

# ART ET MÉDECINE

## LE DOUZIÈME SALON DES MÉDECINS

Pendant que se tenaient, à la Faculté, les assises des Congrès de chirurgie et d'urologie et que, de ce fait, la vieille rue de l'Ecole-de-Médecine regorgeait de médecins heureux de venir se retremper aux lieux de leurs études et autres plus joyeux : tout proche, dans la superbe salle du Cercle de la librairie, s'ouvrait le XII[e] SALON DES MÉDECINS, revenu à sa première date d'origine, cela afin de faciliter à nos confrères, non encore repris par la clientèle, la possibilité d'exposer leurs œuvres de vacances. Me voilà donc pour la douzième fois, dans ce salon, le catalogue à la main. Je l'ouvre et j'y trouve pour m'accueillir, à la première page, le beau sonnet liminaire du grand maître ès arts chirurgical, prosodique et autres, Jean-Louis FAURE. Emporté par sa sublime et religieuse prière à Apollon, je tourne la page et je tombe sur une statistique introductrice qui, elle aussi, a sa poésie, puisqu'elle nous apprend qu'au cours de leurs douze Salons nos confrères et paraconfrères ont exposé plus de 4 000 œuvres. Quatre mille ! Vous avez bien lu. Et l'on dira encore, conclut le statisticien occasionnel : que la médecine n'est pas un art. Scientifique dans ses informations, elle en est un dans ses intuitions, son doigté, ses applications. A vrai dire, nos confrères peuvent être fiers de leur Salon, malgré quelques aboiements intéressés, inévitables, auxquels je répondrai au reste en fin de cet article, car il est désormais classé, à juste titre, en tête de tous les Salons d'amateurs, et pour cause : l'éducation de la conscience du médecin. Aussi l'affluence des visiteurs va-t-elle croissant chaque année. Au nombre de ceux-ci, ce nous est un honneur grand de citer : M. DOUMER, PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE, venu le visiter, non pas officiellement, mais incognito, ce qui a une autre signification, par goût, par plaisir, pour y voir les œuvres d'un de nos confrères, son ami, par sympathie enfin pour le corps médical, qu'il a vu à l'œuvre, qu'il proclame estimer, ce qui console de quelques petites basses jalousies. C'est encore M. Laurens, le directeur des Beaux-Arts de la Ville de Paris qui a tenu aimablement, lui aussi, à le visiter et s'en est déclaré enchanté. Sous ces précieux auspices, parcourons-le donc à notre tour et, comme à l'accoutumée, commençons par les femmes et filles de confrères, dans l'ordre : peinture, aquarelle, gravure, dessin, art décoratif, sculpture.



Fileuse du Jura. M[me] CASTEX (fig. 1).

**Peinture.** — Nous avons en particulier remarqué de : M[me] AMATCHI, un *Intérieur* habilement traité, à la manière flamande ; de M[lle] A. BAILLIÈRE, une *Vue de montagne* par la neige, lar-

# ART ET MÉDECINE *(Suite)*

gement brossée ; de Mme BERTHELOT, des *Bluets* et surtout des *Roses* d'un splendide incarnat ; de Mme BIANQUIS, un agréable *Château de Lourmarin* ; de Mme BLANCHARD, d'habiles *Reines-Marguerites* ; de Mlle BOUILLOUD, une fraîche *Vision d'Orient* ; de Mlle BOYER, de magnifiques et rutilants *Œillets* ; de Mme BRÉGER, une *Vue de village en Bretagne* prise sur le vif ; de Mme BRIGNON, un précieux *bouquet de Fleurs* ; de Mme CASTEX, une *Fileuse du Jura*, d'une composition très observée et habile ; de Mme CATTAN, un bon *Intérieur d'atelier* ; de Mme CAUSSADE, un curieux *Coin de marché à Cap-Breton* ; de Mlle CHAUVOIS, de bonnes *études de mer*, de vagues déferlant, et aussi un solide *portrait* ; de Mlle CHRISTOPHE, un *Massif du Mont-Blanc* et un *Château des Rubbins à Sallanches*, qui sont des aquarelles de toute première valeur, témoignant de sa maîtrise complète dans ce bel art ; de Mme DEROCHE, un *Déjeuner de régime* bien traduit ; de Mlle DERVIEUX, deux *Natures mortes* justement observées ; de Mlle DROUIN, un *Panier de cerises* d'un heureux et riche coloris ; de Mlle ESTRABAUT, trois *Paysages* hollandais d'une heureuse impression ; de Mme Jean FÉLIX, un agréable *Portrait de fillette hindoue* ; de Mme FOURNEAU-SEGOND, une habile *Vue de Nice* et surtout un tendre *Portrait de Mme J. A.*, une des grandes dames de notre histoire contemporaine, aux doux yeux bleus qui en ont beaucoup vu ; de Mme GALLIEN-BERTHON, une *Jeune fille berbère* d'un très bel art ; de Mlle GUGELOT, une bonne *pochade* ; de Mme HUZARD, une jolie *Abbaye d'Ourscamp* ; de Mme LEFÈVRE, un *Coucher de soleil à Portbail* d'une juste notation ; de Mlle LÉVY-ENGELMANN, notre grande et talentueuse miniaturiste, celles très heureuses et parfaites du *Maréchal Joffre*, de M. *Jean Chiappe* et d'un *Kabyle*, que certes tout le monde aura reconnu, pour l'avoir vu à l'Exposition coloniale, et encore des *Oranges* et des *Bananes* (pastel) d'une belle et solide réalité ; de Mme MÉROT, un tendre *Portrait* d'un jeune Claude, qui doit lui être très cher ; de Mme PERRENS-BONAMY, un vieux *Perron du château d'Aiguillon* d'un incomparable charme ; de Mme POIRAULT, une *Tour Solidor à Saint-Servan* d'un beau sentiment ; de Mlle RICHERT, *Trois visages* solidement étudiés et rendus ; de Mlle ROLLAND, un *Cimetière à Menton* d'une palette inspirée ; de Mlle SAINT-PAUL, une *Ferme en Touraine* pleine



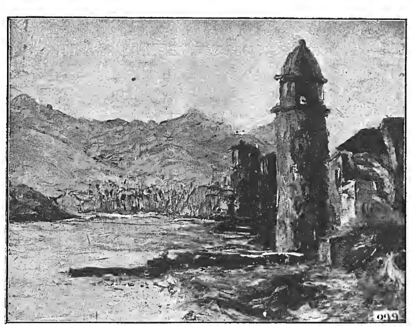

Portrait de M. le maréchal Joffre, M. Jean Chiappe, Annamite, Kabyle. Mlle LÉVY-ENGELMANN (fig. 2).

## ART ET MÉDECINE *(Suite)*

de charme ; de Mme THOINOT, une *Plage* et des *Rochers à Camaret*, d'une parfaite observation et d'une facture séduisante d'une grande habileté ; de Mlle TOUCHARD, un parfait *Voltaire* souriant, mais point hideusement comme le voulait Musset, tout au plus sarcastiquement ; de Mlles VIANAY, des *Notations* heureuses de l'*Exposition coloniale*, pleines de promesses ; de Mlle VITOUX, trois excellentes lithographies, au dessin impeccable, dont une *Vieille Landaise* admirablement observée et rendue ; de Mme ZICCA, un *Collioure*, une *Maison catalane* et des *Fleurs*, le tout riche en couleurs et lumière et étalé au couteau avec une véritable maîtrise ; enfin de Mme CHUCHE, une belle *Reliure en maroquin blanc*, frontispicée d'un découpage en métal de silhouettes de chirurgiens opérant, pour le livre de notre regretté confrère Cabanès, d'une précieuse habileté.

**Sculpture.** — A cet art longtemps réservé aux hommes, les femmes se sont adonnées avec le même bonheur que partout, là ou elles suppléent, à l'occasion, les hommes déficients. C'est ainsi que nous avons remarqué de Mlle QUINQUAUD le beau buste expressif du regretté *Professeur Gley*; de Mlle LETULLE, un buste vivant et parfait de *son Père*, notre distingué confrère ; de Mlle ROGINSKI, celui frappant du *Dr P...*, le chirurgien bien connu, ainsi qu'une *Vieille Auvergnate*, prise sur le vif ; de Mme SIDLER, un *Buste d'enfant* tout joliesse ; de Mme DUBLINEAU, un agréable *Buste de fillette*.

Et maintenant voyons ce que, de leur côté, ont donné nos confrères.



Collioure. Mme ZICCA (fig. 3).

**Peinture.** — Tout d'abord voici, du regretté Dr LORTAT-JACOB, deux jolies notes pleines de fraîcheur, dont une sur un pays qu'il affectionnait, *Saulchery*. Nous signalerons ensuite : de M. AMYOT, deux bons *Paysages* ; de M. BARBIÉ, des *Pommes* et des *Fleurs* d'un luxuriant et chaud coloris ; de M. BERTIN, une agréable *Eglise de Chelles*; de M. BOSC, un *Château du Diable à Ploumanach* bien rendu ; de M. BOYER, toujours en progrès, un excellent *Etang noir* ; de M. BUREAU, une *Eglise de Pont-l'Evêque* au soleil, d'un brillant effet ; de M. BURDIN, un *Saint Jean* ; de M. CHAVANON, des *Rochers de Creach en Ouessant* tout en lumière et couleur ; de M. CLERMONTHE, une *Mare* très franche d'effet ; de M. COUTELLE, trois aspects de *Chinon* bien observés, pleins de promesses ; de M. DANET, un juste *Crachin de Noroit en Bretagne* ; de M. DARGET, des *Coteaux de Chalone* pris sur le vif ; de M. DERVIEUX, deux *Paysages* d'une fine et séduisante notation ; de M. ESCAT, un délicieux *Coin de la Garonne* et un bon *Portrait* ; de M. DURŒULX, deux silhouettes de *Moulin* d'un bel art ; de M. FAY, une bonne *Ferme landaise* ; de M. FIÉVEZ, de Huy (Belgique), des *Collines Mosanes* d'un beau sentiment ; de M. FRAIKIN, des *Nuages sur le Léman*, finement nuancés, d'une grande séduction ; de M. FROGIER, un ensemble de notes fines, tendres et fraîches sur *Belle Isle*, le *Faouet* et *Fillinges* en Haute-Savoie ; de M. GLÉNARD, une *Grille* à travers laquelle est heureusement rendue une grande gare, œuvre aux notes justes et pleine de promesses ; de M. HALLÉ, une *Seine*

# ART ET MÉDECINE *(Suite)*

*à Bougival*, où se concentrent ses dons hors de pair et la tendresse de sa palette ; de M. HEITZ, deux agréables *paysages* ; de M. JUNOT, *Ric et Rac*, chiens bien rendus ; de M. KOLB, deux *Vues de Massevaux* de tout premier ordre et par le bel équilibre des valeurs et la largeur de la facture ; de M. LE FRANÇOIS, un *Plateau sur un tapis rouge* d'une juste composition ; de M. LE GENDRE, une *Mare en forêt*, où la couleur vibre ardente et hardie ; de M. LÉONARD, un *Pont de béguinage à Bruges*, dans des tons discrets et fins ; de M. LÉVY FRANKEL, de *Vieilles maisons à Saint-Brieuc*, d'une composition heureusement méditée ; de M. LORENTZ, un *Bassin au Havre*, M. MÉRIGOT DE TREIGNY, un *Paysage* d'une fraîche notation ; de M. MILLON, une *Forêt de Fontainebleau*, largement brossée, de même que des *Fleurs* bien exprimées ; de M. OBERTHUR, de précieux échantillons de la faune marine : *Congre, homard*, etc., d'une facture habile et sincère ; de M. PEUGNIEZ, un *Moulin sur la Luce*, aux tons atténués, attendris, à la Corot, pleins de grâces ; de M. PEUVRIER, deux excellents *Paysages*, d'un métier tout à la fois sûr, solide et séducteur ; de M. POUTIER, des *Loups parmi la neige*, véritablement pris sur le vif ; de M. QUESNAY, deux *Aspects de Bruges*, nous en exprimant bien le charme reposant et languide ; de M. RAMOISY,



Vieux Souvenirs. M. BLANCHARD (fig. 4).

largement brossé ; de M. LORTAT-JACOB fils, un *Saulchery* le matin, bien exprimé, dans la note tendre de son regretté père ; de M. MAHU, un très beau et expressif *Portrait* du maître disparu, le Dr *Lermoyez*, témoignage d'une fidèle amitié ; de M. MALET, un excellent portrait : *Délassement* et une *Vieille Rue normande à Orbec*, aux tons harmonieux et fins, présage d'un bel avenir artistique ; de M. MARC LA MARCHE, une *Rotonde à Montparnasse* d'un art suggestif, très habilement nuancée, voire sculptée ; de M. MATHIEU, une *Rue de Grignan*, prise sur le vif ; de M. MAUCHANT, un très beau pastel, nous montrant une *Jeune femme lisant* sous la lampe, d'une solide et large facture, rappelant Carrier-Belleuse ; de M. MEAUME, des *Roses* et des *Zinias* d'un art suggestif ; de de Namur (Belgique), une *Nuée d'orage* prise sur le vif, planant au-dessus d'un village, traitée largement, somptueusement, à la manière flamande, et une *Nature morte* exquise de précision dans les valeurs ; de M. RAGONNET, des *Mineurs* aux attitudes de travail bien rendues ; de M. ROQUES, une *Mosquée de Djibouti*, d'une notation séduisante ; de M. TAPHANEL, une *Eclaircie sur Saint-Malo*, d'une belle sincérité séductrice ; de M. TASSILLY, un *Paysage de Bretagne* bien observé et heureusement rendu ; de M. WILBORTS, une *Bretagne grise* et *L'Ile Bréhat* qui nous en peint tout le charme prenant et en évoque la rêverie songeuse ; de M. WOLINETZ, des *Aiguilles de Chamonix*, vues le soir et le matin, agréablement modelées.

## ART ET MÉDECINE *(Suite)*

**Aquarelle, pastel, gravure.** — Arts mineurs, prétend-on, combien à tort ; dès lors qu'ils ont, eux aussi, pour base le dessin, pour orchestration la couleur, y compris la noire, la plus difficile à manier. Voyons comment nos confrères s'en sont tirés. Voici, du Dr ANTOINE, une *Vue d'Arbois*, patrie de Pasteur, et une *Mimi Pinson* (litho) d'un dessin impeccable et d'une agréable inspiration ; de M. BARBILLION, des vues de la *Forêt de Rambouillet* et des *Bords de la Vesgre* aux couleurs fines et habilement nuancées ; de M. BILLARD, un *Père Adam*, curieux ; de M. BOBO, une heure préférée, représentée par un beau *Nu*, que nous appellerions volontiers « l'Heure du berger » ; de M. BONNETERRE, de délicieux croquis, des *Types de la rue de Marseille et de Toulouse*, pris, on peut le dire, sur le vif ; de M. CAUSSADE, une *Histoire* morale *d'une hérédité morbide*, leçon de crénothérapie, tout à la fois artistique et humoristique, qui l'indique volontiers pour cette chaire où les étudiants ne manqueraient pas de lui faire un succès ; de M. COFFIN, une *Application de forceps*, non moins humorisque : après cela, qu'on aille donc dire que les médecins ne sont pas gais ; de M. DECRESSAC, deux habiles *Croquis de Vic-sur-Cère* ; de M. DE HÉRAIN, un ensemble de belles eaux-fortes destinées à illustrer un grand ouvrage ethnographique sur le Maroc ; de M. DONDI, de Chivasso (Torino), Italie, *Studio* et *Luce Ombre*, gravures d'un habile facture ; de M. DUMATRAS, une *Fontaine Médicis*, qui a dû rappeler à nombre d'entre nous d'agréables souvenirs ; de M. FERRAND, deux charmantes *Etudes dans un parc* ; de M. FRANÇOIS, deux vues du *Pavillon de l'A. O. F.* à l'Exposition coloniale, notations fines et précises ; de M. GIRON, les *Ruines d'une Abbaye* d'une mélancolie bien traduite ; de M. GOUZÈNE, une *Vue d'Antibes* d'un métier sûr et habile ; de M. GURLIE, trois *Paysages* précieusement dessinés et finement nuancés ; de M. JANET, les *lacs Maclu* et le *lac de Genève* tout en lumière et en curieuse vibrance d'eau ; de M. LE BEC, un ensemble de *Paysages de Bretagne* et du *Sahara* aux tons harmonieux et justes ; de M. MARCEL, des *Notes d'Orient* pleines de vie ; de M. MÉNÉTREL, des *Notes*, lui, *du Maroc*, toute lumière et vie, dans leur simple opposition de noir et de blanc ; de M. MÉTAYER, une *Panthère* et un *Chaton gris*, où la grâce et la souplesse sont prises sur le vif ; de M. RALÉA, une bonne étude de *Tête de vieillard* ; de M. RENDU, une *Meurthe* et un *Nez de Jobourq* d'une grande sincérité de vision et de distinction de couleur ; de M. TEMPLIER, deux *Visions de rues* prises sur le vif et traduites avec une acuité de sensation qui lui a acquis la juste unanimité des suffrages des visiteurs ; de M. THOMAS, des *Pommiers* et un *Baptistère de l'église de Rueil*, justes de valeur et d'une grande sensibilité ; de M. P. DE LA VILLÉON, une excellente *Grande Lame* et surtout un prestigieux *Intérieur* dans une gamme de tons gris et éteints d'une belle habileté de traduction.

**Art décoratif.** — Il était représenté, pour la première fois, par des émaux de notre confrère I. JOUHAUD, de Limoges, ils furent la joie des yeux de tous, dans l'heureuse symphonie de leurs tons chauds. A côté, notre autre confrère RABOURDIN exposait un curieux *service à café*, une *buire* et un *vase* Henri II, qui le désignent comme un adroit céramiste. Ces deux exemples ne montrent-ils pas l'universalité des aspirations des médecins et la variété de leurs talents ?



Le Pointeur. M. JACQUEMIN (fig. 5).

**Sculpture.** — Champ où l'habileté manuelle de nos confrères n'a pas manqué de se donner libre cours. C'est ainsi que nous avons plaisir à signaler : de M. BLANCHARD, deux imposants groupes en bois sculpté : *l'Eveil* et *le Baiser est divin*, très suggestifs et témoignant, chez notre confrère, d'un feu vraiment sacré, et un charmant groupe en céramique : *Vieux Souvenirs* ; de M. BRIGNON, une gracieuse *Tête d'enfant* ; de M. DEGRAIS, deux agréables *Médaillons* ; de M. DHOTEL, celui de *Robert Houdin*, dont il est certes le plus brillant

## ART ET MÉDECINE *(Suite)*

et le plus imprévu des élèves posthumes, et un bon *Buste du Dr Mathieu* ; de M. FOREL, de Morges (Suisse), un excellent *Buste*, frappant de ressemblance, *du Dr Roux* de Lausanne ; de M. DE HÉRAIN l'ensemble heureux des excellentes *Médailles* qu'il a faites : des professeurs *Sébileau, Hartmann*, des Drs *Macaigne, Michon, J. Renault, Delagenière, Pauchet* ; de M. HAYEM, le *Médaillon* presque vivant du Dr *Maurice de Fleury* et également de *Clemenceau*, qui ont fait, par leur habileté et leur sûreté d'exécution, l'admiration de tous, sachant que notre vénéré président est en instance de centenaire ; de M. VILLANDRE, un délicieux buste de jeune femme et surtout deux médailles, l'une de *Ronsard*, l'autre d'*Ambroise Paré*, qui le désignent, pour la douceur de ses modelés, comme devant être, avant peu, un des maîtres de la médaille ; de M. JACQUEMIN, un *Pointeur de boule* d'une grande habileté dans son apparente déformation, de même pour sa *Jeune Basquaise* ; de M. LENOIR, un *Buste du Dr Comby*, exubérant de vie, rayonnant de vérité, et deux très jolies *statuettes* ; de M. M. MARTEL, un buste du *Dr Marcel Baudoin* et un du Dr *Ballerin*, deux œuvres absolument hors de pair, d'une acuité d'observation, d'une facture d'exécution incomparables, grâce à quoi ces sculpteurs réincarnent les grands ymagiers médiévaux qui recherchaient avant tout à traduire la pensée ; de M. MÉRIGNARGUES, un bon buste du Dr *Mourier*, le directeur de l'Assistance publique, et une exquise céramique, *Mélancolie*, figure toute de douceur et de résignation ; de M. MONCASSIN, un puissant buste du Dr *Dartigues*, véritable masque d'empereur romain, à la bouche volontaire prête à s'ouvrir pour laisser s'épandre les flots de l'éloquence ; de M. PHILIBERT, une gracieuse *Lionne couchée*, cire perdue, et enfin de M. RALÉA, deux *curieux masques* de types de la rue pris sur le vif : un *Vendeur de journaux* et un *Clochard dormant*.

Tel, ce XIIe Salon des Médecins fut l'un des meilleurs et peut-être le meilleur de ceux qui l'ont précédé ; aussi les petites jalousies, qui ne sont en somme qu'une forme de consécration, se sont-elles fait jour : dans un grand quotidien, d'abord, où le chroniqueur qui y tourne son film, chaque jour, nous a reproché, assez injustement et aveuglément :

Primo d'avoir recherché les honneurs, en sollicitant la visite du Président de la République, ce qui est faux, puisque M. Doumer est venu par

## ART ET MÉDECINE *(Suite)*

sympathie pour voir les œuvres d'un de nos confrères, son ami, cela à l'improviste, en simple visiteur, si bien que nous fûmes seulement trois pour le recevoir ce matin-là, toutes portes closes : M. le président du Cercle de la librairie, M. G. Baillière, le Dr M... son ami, et votre serviteur.

Le second reproche qu'il nous a fait, celui-là plus grave et non moins faux, est de faire concurrence aux artistes professionnels par la vente de nos œuvres. Or, sur les 4 000 œuvres qui ont été exposées au cours de nos douze expositions, il s'en est juste vendu trois ou quatre. La concurrence, on le voit, est plus qu'impondérable, elle n'existe pas, n'a jamais existé.

Enfin, dans l'un de nos journaux médicaux, un jeune, très jeune critique y manifeste la déception que lui a causée l'infériorité des œuvres de nos confrères. Sans doute espérait-il voir chez nous des épures et des équations et force points d'interrogation. Il s'est tout simplement trompé de porte, oubliant que si le bon sens, lequel, disait-on jadis, est né français, était banni de notre race, on le retrouverait encore chez les médecins.

A bons entendeurs, salut et rendez-vous au XIIIe Salon des Médecins.

PAUL RABIER.

## LA MÉDECINE AU PALAIS

### HONORAIRES DES MÉDECINS

Nous avons reproduit fréquemment dans *Paris médical* des arrêts relatifs aux réclamations d'honoraires par les médecins, et nous avons vu que les tribunaux se reconnaissent un droit d'appréciation leur permettant de déterminer dans chaque affaire les émoluments dus aux médecins en s'entourant de tous les renseignements qui leur sont fournis, de telle sorte que les tribunaux tiennent compte de l'importance de l'opération, des conséquences de la maladie et de la gravité des soins qu'elle a nécessités.

Les tribunaux ont également pris l'habitude, lorsqu'ils arbitrent des procès relatifs aux honoraires, de tenir compte de la situation du débiteur et de la notoriété de l'opérateur.

Nous avons analysé à ce sujet, dans *Paris mé-*

## LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

*dical,* un arrêt de la Cour de Nancy, du 24 juin 1925, paru à la *Gazette du Palais*, le 1er septembre 1925, et deux jugements du tribunal de la Seine des 28 novembre 1922 et 2 novembre 1922 (*Gazette des Tribunaux*, 1923, 2, 172 et 338).

Une nouvelle affaire de fixation d'honoraires a été soumise au tribunal de Nice. Cette décision a été confirmée par un arrêt de la Cour d'appel d'Aix, du 31 mars 1930 (*Gazette des tribunaux*, 29 juillet 1930).

Cet arrêt déclare que pour la fixation des honoraires d'un médecin il faut équitablement tenir compte de sa capacité professionnelle notoire, de la situation de fortune du malade, ainsi que de la nature de l'affection traitée.

Le Dr Sherwood Dunn avait assigné M. Thomson en paiement de 16 377 fr. 50, disant que c'était le solde d'honoraires que lui devait son client pour des soins donnés à Mme Hopkins.

Les honoraires du médecin étaient calculés sur la base de 915 dollars, au change de 25 fr. 50, soit 23 332 fr. 50, auxquels le médecin ajoutait 45 francs pour des fournitures accessoires.

Le médecin avait reçu un acompte de 7 000 fr., il réclamait la différence.

M. Thomson se reconnaissait débiteur des honoraires dus par Mme Hopkins, mais il prétendait que les honoraires étaient considérablement exagérés, et que le paiement de l'acompte de 7 000 francs devait le libérer intégralement.

Le tribunal de Nice, et après la Cour d'Aix, se sont placés au triple point de vue du médecin et du client, et de la maladie traitée.

En ce qui concerne le médecin, le tribunal tient compte de sa situation professionnelle et précise que le Dr Sherwood Dunn est un spécialiste de la thérapeutique américaine, de telle sorte que la notoriété de ce médecin auprès de ses compatriotes américains a eu une influence déterminante sur le choix dont il est l'objet.

En ce qui concerne le client, le tribunal constate que M. Thomson se trouve dans une brillante situation de fortune et que ces circonstances doivent entrer en considération pour l'appréciation des honoraires.

Enfin, en ce qui touche la maladie, le tribunal a contrôlé qu'elle avait nécessité quotidiennement des visites à domicile d'une durée minima de deux heures chacune, et qu'au cours de ces visites, le médecin avait pratiqué des interventions de petite chirurgie.

Qu'en définitive, le Dr Dunn avait consacré à ce

(Suite à la page IX).

## LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

traitement une grande partie de son temps pendant une période relativement prolongée.

Enfin, le tribunal a pris soin de soutenir que le traitement avait été suivi de succès, la malade ayant elle-même exprimé sa satisfaction des soins reçus.

Malgré cet ensemble de considérations favorables, le tribunal a cru devoir apprécier lui-même les honoraires, et il a réduit la demande à 8 000 francs.

Ainsi, sur une demande de 16 377 francs, le tribunal, puis la Cour, tout en reconnaissant la notoriété du médecin, l'aisance du malade, le caractère délicat et long de la maladie, réduisent encore la demande d'honoraires de 50 p. 100.

Il semble que lorsque les divers éléments d'appréciation du tribunal se trouvent réunis et sont particulièrement favorables au médecin, les tribunaux devraient ne pas se reconnaître un droit d'appréciation, et par conséquent de réduction, alors surtout qu'après avoir fait toutes les constatations utiles, le jugement ne donne aucun motif pour réduire la demande.

Ainsi, voici le jugement confirmé par la Cour d'Aix, qui, par ses motifs, est infiniment favorable au médecin, et qui par son dispositif entraîne une surprise et une déception, car on se demande pour quels motifs non libellés dans le jugement les juges ont cru devoir apporter une réduction que rien, dans le texte de la décision tout au moins, ne paraît justifier.

Voici le jugement de Nice, du 28 décembre 1927, *in extenso* :

« Le tribunal ;

« Attendu que, suivant exploit de Borra, huissier à Nice, en date du 25 mars 1927, le Dr Sherwood Dunn a fait assigner Thomson en paiement d'une somme de 16 377 fr. 50, montant du solde d'honoraires qu'il prétend lui être dus pour soins par lui donnés en février 1927 à la dame Hopkins, pour laquelle le défendeur s'est porté fort ; en outre, en validation de la saisie-arrêt pratiquée pour avoir garantie et paiement de ladite somme entre les mains de la Barclay's Bank, agence de Nice.

(*A suivre.*) ADRIEN PEYTEL,
*Avocat à la Cour d'appel.*

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 17 novembre 1931.*

**Rapports.** — M. POUCHET lit un rapport sur des demandes d'autorisation de stations climatiques faites par la ville de Constantine, et la ville d'Auval (Puy-de-Dôme).

M. SIREDEY donne lecture d'un rapport sur les travaux concernant le service des eaux minérales.

**Etude anatomique des tumeurs des centres nerveux.** — MM. G. ROUSSY et CH. OBERLING. — Les progrès importants de la neuro-chirurgie ainsi que l'application de plus en plus fréquente des rayonnements au traitement des tumeurs cérébrales ont fait de l'étude histologique de ces néoplasmes une question d'actualité au plus haut chef. Dès l'avènement de ces méthodes de traitement, on s'est rendu compte que les modalités évolutives des néoplasmes sont étroitement liées à leur structure intime ; la connaissance de la structure histologique d'une tumeur cérébrale constitue donc un facteur important dans le choix du traitement et dans l'établissement du pronostic.

L'étude de plus de 250 tumeurs des centres nerveux a montré que ces néoplasmes peuvent facilement être groupés en cinq catégories : les *gliomes* formés par une prolifération du tissu névroglique, les *tumeurs épendymo-choroïdiennes* constituées par l'épendyme ou par le revêtement des plexus choroïdiens, les *ganglio-neuromes* dus à une prolifération des cellules ganglionnaires et des neurites, enfin, les *neuro-spongiomes* et les *neuro-épithéliomes* dans lesquels prolifèrent des éléments nerveux à l'état embryonnaire.

Les *gliomes* forment le contingent le plus important des tumeurs cérébrales (178 cas sur 251 tumeurs cérébrales) ; on peut les subdiviser en trois catégories : les astrocytomes, les oligodendrocytomes et les glioblastomes. Les deux premières variétés sont formées par du tissu névroglique du type adulte ; ce sont des tumeurs à évolution lente et dont le traitement donne déjà des résultats très encourageants. Les tumeurs appartenant à la troisième variété sont formées par des cellules névrogliques jeunes, souvent indifférenciées, ce sont des tumeurs d'une grande malignité dont le traitement n'a donné jusqu'ici que de résultats fort aléatoires.

Les *tumeurs épendymo-choroïdiennes* sont généralement des néoplasmes de petite taille, et exception faite de l'épithélioma des plexus, des tumeurs relativement bénignes, à croissance lente ; malheureusement, c'est la localisation de ces tumeurs dans la région centrale du tissu nerveux qui rend leur extirpation difficile, sinon impossible.

Les *ganglions-neuromes* sont d'une rareté exceptionnelle, leur importance pratique est de ce fait négligeable.

Les *neuro-spongiomes* (médullo-blastome de Bailey et Cushing), par contre, sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le supposait autrefois. Ces tumeurs se développent de préférence chez des sujets jeunes, souvent même chez des enfants ; leur siège de prédilection est la région du cervelet. Leur malignité est grande et seul un traitement combiné, chirurgical et radiothérapique, a donné jusqu'ici des résultats dignes d'être signalés.

L'étude histologique de ces tumeurs, et notamment l'application de la méthode de Bielchowsky, nous conduit à penser que la plupart des éléments népolasiques ré-

pondent à des cellules nerveuses très jeunes du type neuroblastique.

Les *neuro-épithéliomes*, enfin, sont d'une rareté exceptionnelle dans le domaine des centres nerveux ; du point de vue évolutif, ce sont des tumeurs relativement bénignes et seule leur évolution vers le type neuroblastique peut leur conférer les caractères de malignité inhérents aux neurospongiomes.

En somme, l'application des techniques modernes à l'étude des tumeurs nerveuses permet d'identifier la plupart des variétés cellulaires qui entrent dans leur constitution. Dès lors, le problème de la classification de ces tumeurs s'est considérablement simplifié. En isolant des groupes néoplasiques nettement définis par la nature des cellules qui les constituent, on aboutit à la distinction de quelques grandes formes qui répondent, dès maintenant, à de véritables entités morbides.

**Etude expérimentale de la maladie de Favre et Nicolas (lymphogranulomatose inguinale).** — MM. LEVADITI, RAVAUT, LÉPINE et SCHOEN ont étudié expérimentalement l'étiologie et la pathogénie de la maladie de Nicolas et Favre. Cette maladie infectieuse et contagieuse (quatrième maladie vénérienne) est transmissible aux singes catharrhiniens inférieurs, par inoculation de matériel humain (suc ganglionnaire), dans le cerveau, le prépuce et les glandes lymphatiques. Les auteurs ont réussi à isoler plusieurs souches de virus, d'activité pathogène irrégulière. Le germe est filtrable et invisible. Il se détruit à 60°, résiste peu à la glycérine, mais se conserve pendant quelque temps à basse température. Inoculé dans les ganglions ou au niveau du prépuce, le virus lymphogranulomateux reproduit, chez l'animal, la maladie humaine : ulcère vénérien fugace et polyadénie. Le germe persiste pendant au moins soixante et onze jours dans les ganglions lymphatiques du singe et plus longtemps encore dans le cerveau de la souris, sans que celle-ci offre des troubles morbides apparents. La maladie de Nicolas et Favre est une affection généralisée, en ce sens que chez les simiens contaminés, le virus se répand dans l'ensemble du système hématopoiétique. Les auteurs démontrent la présence d'anticorps virulicides dans le sérum des malades atteints de lymphogranulomatose inguinale. Par ailleurs, ils prouvent que le virus lymphogranulomateux conservé sa virulence pour l'homme, malgré de nombreux passages sur le singe.

**A propos de la protéinothérapie, dite vaccinale, de la sclérose en plaques.** — MM. PIERRE LÉPINE et MOLLARET. — D'après l'expérience personnelle des auteurs, la protéinothérapie de la sclérose en plaques par la méthode, dite vaccinale, de Miss Chevassut, se montre inactive et ne légitime pas les espoirs qui avaient été fondés sur elle.

**Nouvelles recherches expérimentales sur la fièvre exanthématique.** — MM. D. et J. OLMER (Note présentée par M. LÉON BERNARD). — De recherches expérimentales conduites systématiquement, il est permis de tirer les conclusions suivantes :

1° La fièvre exanthématique est transmissible expérimentalement de l'homme à l'homme pendant toute la durée de l'évolution fébrile ;

2° Les formes réalisées rappellent entièrement celles observées en clinique ; elles permettent d'affirmer l'existence de formes sans éruption ; par contre, il semble difficile d'admettre des formes inapparentes ;

3° La fièvre exanthématique entraîne l'immunité à une inoculation ultérieure des sujets qui en ont été atteints. Mais en outre le sang des convalescents permet de protéger les sujets sains contre une inoculation du virus.

Autres communications :

**La Conférence Internationale de Genève (juin-juillet 1931) pour la limitation de la fabrication des stupéfiants.** — M. BOUGAULT.

**Sur un nouveau glucoside, la salipurposide, présentant les propriétés physiologiques du phlorizoside (phlorizine).** — M. BRIDEL.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

*Séance du 29 novembre 1931.*

**Observation clinique, anatomique et biologique d'un cas d'amylose rénale avec néphrite chronique.** — M. LANGERON.

**Un cas d'encéphalite léthargique.** (Présentation de malade). — M. HALLÉ.

**Sclérose amyloïde du rein à forme albuminurique simple. Azotémie aiguë terminale.** — MM. A. LEMIERRE, LÉON-KINDBERG, COTTET et D. MAHONDEAU-CAMPOYER rapportent l'histoire d'une tuberculeuse, porteuse d'un pyopneumothorax bacillaire, qui fut atteinte d'une maladie amyloïde se traduisant par de l'albuminurie avec tuméfaction des reins et du foie, mais sans œdèmes. Cependant l'analyse du sérum sanguin a montré une diminution marquée des protéines avec abaissement du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$. Ceci montre une fois de plus que ces altérations du plasma sanguin ne peuvent être envisagées comme l'origine des hydropisies survenant au cours des affections rénales.

Chez cette femme, dont l'état général restait bon, le taux de l'urée sanguine fut constamment trouvé normal jusqu'au jour où survint une brusque et passagère infection intercurrente. Immédiatement alors, le chiffre de l'urée sanguine commença à s'élever et la malade succomba quinze jours plus tard en pleine azotémie. L'autopsie montra une sclérose amyloïde typique des reins, avec amylose du foie, de la rate et des capsules surrénales. Cette sclérose amyloïde des reins a donc engendré des troubles de la fonction rénale absolument identiques à ceux qu'on constate au cours de nombre de scléroses rénales banales.

Elle a été bien tolérée jusqu'au jour où une infection intercurrente, en détruisant brutalement le reliquat du parenchyme sécréteur du rein, est venue rompre un équilibre maintenu pendant très longtemps et a causé la mort par azotémie.

**Calcifications périarticulaires et ossification, type Pellegrini-Stieda, de la région de l'épaule, après traumatisme.** — MM. R. S. WEISSENBACH et P. TRUCHOT rapportent un cas d'association de calcifications périarticulaires et d'une ossification, type Pellegrini-Stieda, de la région de l'épaule. Ils montrent l'importance de la radiographie stéréoscopique pour préciser le siège et la forme des lésions. Ils insistent sur les caractères différentiels des calcifications de la région.

# SOCIÉTÉS SAVANTES (*Suite*)

**Un cas de kala-azar autochtone de l'adulte. Splénectomie, guérison.** — MM. P. ABRAMI, GRÉGOIRE, ROBERT-WALLICH rapportent un cas de kala-azar de l'adulte, non seulement révélé, mais contracté dans nos pays, et d'un diagnostic d'autant plus difficile qu'il survenait chez un sujet paludéen ancien.

Les auteurs ont retrouvé dans ce cas, d'une part une formoleucogel-réaction positive, et des modifications humorales portant sur les albumines sanguines et sur les lipides. Ils ont constaté d'autre part l'intégrité du système réticulo-endothélial, tous phénomènes qui n'ont pas été modifiés par la splénectomie.

Cette opération, suivie d'injections intraveineuses de sels d'antimoine organiques (néostibosane), a amené une véritable résurrection d'une malade cachectique, par suite de la longue méconnaissance de son affection. L'ablation de la rate semble en effet, pour ces auteurs, le complément logique de la cure médicamenteuse dans les cas anciens où la rate, bourrée de leishmania, sans constituer le repaire unique des parasites, en constitue cependant le repaire principal.

M. J. HUTINEL rapporte un cas de kala-azar qui fut pris pour du paludisme.

**Néphrite chronique avec œdèmes. Protéinémie normale.** — MM. ABRAMI et PARLIER soulignent l'absence de rapport qui existe ici entre les œdèmes et les variations de l'équilibre protidique.

MAURICE BARIÉTY.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 18 novembre 1931.*

**Abcès du poumon.** — M. BAUMGARTNER rapporte un travail sur ce sujet de M. BRESSOT (de Constantine). Cinq cas ont été traités par la pneumotomie. Les deux premiers cas d'abcès putride ont donné une mort et une guérison ; le troisième concerne une pleurésie localisée symptomatique d'abcès.

M. Baumgartner estime la ponction infidèle et dangereuse. Le délai de six semaines ne doit jamais être dépassé par la thérapeutique médicale, et les observations de M. Bressot le confirment.

**Patellite post-traumatique.** — M. MOUCHET analyse cette intervention de M. COUREAUD (de la Marine). Hydarthrose ancienne évoluant depuis deux mois, après une chute. Etat pommelé de la rotule à l'examen radiographique. On élimine par la clinique et les recherches de laboratoire la tuberculose et la syphilis. Traitement orthopédique pur. Guérison. Pour M. LERICHE, il s'agit d'une ostéoporose vasomotrice d'ordre traumatique. M. Mouchet rappelle quelques-unes des observations analogues actuellement publiées.

**A propos du volvulus du côlon pelvien.** — M. OKINCZYC rapporte des observations de MM. LECERCLE (de Damas), VAULANDE (de l'Armée) et BACHY (de Saint-Quentin).

M. LECERCLE est intervenu à la sixième crise de volvulus, et son malade est mort au sixième jour d'hémorragie provenant du méso. Dans un de ses cas, M. BACHY a fait en un temps la résection et la suture. Guérison. Son second malade guérit également.

M. VAULANDE signale que, dans son observation, il s'agit d'un mégacôlon.

M. Okinczyc rappelle que la répétition des crises explique dans une certaine mesure l'augmentation de calibre du côlon involvé : il y a là un véritable cercle vicieux à signaler.

Il insiste d'autre part sur le traitement logique comportant la résection et l'abouchement à la peau.

M. GERNEZ tient à confirmer les assertions de M. Okinczyc.

M. MÉTIVET a opéré trois cas par résection, il insiste sur la nécessité d'une résection prudente.

**A propos de la résection précoce dans l'ostéomyélite.** — M. MATTIEU estime que la résection diaphysaire précoce *peut être imposée*, soit dans certaines formes pandiaphysaires, soit dans des formes vues très tardivement. Il estime qu'il serait pas contre tout à fait imprudent de systématiser la résection diaphysaire précoce, sauf au niveau de certains os accessoires (clavicule, péroné).

M. D'ALLAINES apporte un cas d'hémirésection diaphysaire du vingtième jour, dans un cas de nécrose étendue de la moitié supérieure de l'humérus. Pas de régénération après dix-huit mois. M. d'Allaines estime qu'il faut donc être prudent dans les indications opératoires.

**A propos de la parathyroïdectomie.** —M. LERICHE décrit les deux voies d'abord possibles de la parathyroïdectomie ; incision classique en cravate ou incision latérale pré-sterno-mastoïdienne. Puis M. Leriche insiste sur l'importance de l'artère thyroïdienne inférieure comme guide, et même, lorsque l'on ne trouve pas la glandule, la résection de la terminaison de l'artère entraîne, dans la règle, l'ablation vraie ou physiologique de la glande.

M. CUNÉO insiste sur la nécessité de cheminer dans l'espace glandulaire en dedans de l'aponévrose cervicale viscérale.

M. CHIFOLIAU confirme les dires de M. Cunéo.

M. MOULONGUET opère ses malades à l'anesthésie locale et en position assise, et cette chirurgie lui a semblé très facile.

Le président porte à la connaissance des membres de la Société la mort de M. VINCENT (d'Alger), membre correspondant national.

HENRI REDON.

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

*Séance du 24 octobre 1931.*

**Le sérum antidiphtérique et son action thérapeutique vis-à-vis de l'intoxication diphtérique expérimentale.** — M. G. RAMON. — On injecte à de nombreux cobayes la quantité de toxines correspondant à deux doses mortelles puis, à des intervalles de temps réguliers, des quantités variables de sérum antidiphtérique. Tous les cobayes qui ont reçu une dose même minime de sérum antidiphtérique, ou avant ou en même temps que l'injection de toxine, ou deux heures, ou quatre heures après, survivent. Par contre, tous les cobayes qui six heures, huit heures, etc., après l'injection du poison diphtérique ont reçu des doses même considérables de sérum ont succombé. La mort survient rapidement lorsque le délai entre l'injection de toxine et de sérum a été de huit heures, ou davantage, plus tardivement chez les cobayes qui ont reçu le sérum six heures seulement après la toxine ; nombre de ces derniers présentent d'ailleurs avant de

mourir des paralysies tardives dont l'apparition, les formes, sont en tous points semblables à celles observées en clinique humaine. Ces résultats démontrent, une fois de plus, toute l'importance de la mise en œuvre aussi précoce que possible de la sérumthérapie spécifique.

**Sur le mode d'action et sur la constitution de la toxine diphtérique.** — M. G. Ramon. — Les expériences effectuées avec différents échantillons de toxine diversement traitée montrent que les phénomènes variés dans leur manifestation et leur intensité (mort, paralysie, etc.) que l'on provoque sont en réalité en rapport avec la quantité du même poison contenu dans les différents échantillons et non avec la nature des hypothériques composants de ces échantillons. Tout est question Tout est question de dose. Point n'est donc besoin de prêter à la toxine diphtérique une composition complexe et d'invoquer la présence dans le bouillon toxique d'une pluralité de substances diversement dénommées ; les faits apportés permettent de se rendre compte que la toxine diphtérique est plus simple dans sa constitution et son mode d'action.

**Les réactions humorales chez le lapin soumis à des injections de vaccin jennerien tué.** — MM. P. Gastinel, J. Reilly et Mortier. — Les injections de vaccin tué au lapin rendent son sérum virulicide et lui font également acquérir la propriété de provoquer la réaction de Brokman. D'autre part, l'animal réagit selon le mode allergique à une intradermo-réaction. Cependant ces injections ne confèrent pas l'immunité au lapin, qui reste sensible à l'inoculation d'épreuve. Ainsi les propriétés antigéniques du virus vaccinal tué soulignent la contingence du phénomène allergique à l'égard de l'immunité.

P. Merklen.

## SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

*Séance du 14 octobre 1931.*

**Les pyréthrines dans le traitement de la gale.** — Le médecin commandant Lemaire et M. O. Gaudin, docteur en pharmacie (communication présentée par M. Perrot), traitant la gale avec les solutions de pyréthrines, présentent les résultats de leurs recherches :

Les sarcoptes meurent rapidement (une demi-heure environ) dans une émulsion de pyréthrines très diluées, à 1/10 000 et même 1/50 000.

Les essais ont été infructueux avec une émulsion hydroalcoolique ; même insuccès avec les émulsions savonneuses et les préparations faites avec des corps gras.

Les auteurs se sont adressés à une gelée fluide qui leur a donné toute satisfaction ; cette gelée laisse sur la peau une mince cuticule adhérente. Le dosage est à 5 p. 1 000 de pyréthrines.

La technique du traitement de la gale est la suivante :

Premier jour, grand bain de propreté, suivi d'une onction de la gelée sur les sièges d'élection. Avant le coucher, légère onction sur les mains et les régions les plus atteintes.

Deuxième et troisième jours : application générale sur tout le corps le soir avant de se coucher.

Le quatrième jour : nouvelle application générale suivi d'un grand bain savonneux.

En résumé, la méthode est :

1° D'une efficacité certaine ;

2° D'une innocuité absolue ;

3° D'une parfaite propreté (la gelée est incolore ; de plus l'odeur est agréable ; la préparation n'est pas grasse et sèche rapidement).

**A propos du traitement chirurgical du goitre exophtalmique.** — M. H. Welti rapporte sa statistique personnelle d'interventions pour goitre : 152 opérations ont été pratiquées. Dans 60 cas, il s'agissait de goitre simple, mais dans 63 cas ayant nécessité 92 opérations, les malades présentaient des accidents d'hyperthyroïdisme, souvent très graves. Dans tous ces cas une thyroïdectomie subtotale a été réalisée.

Cette longue série opératoire ne comporte qu'une seule mort, chez un malade présentant une thyrotoxicose particulièrement sévère. Le traitement chirurgical du goitre exophtalmique, à condition d'être pratiqué par des chirurgiens entraînés à une technique un peu spéciale, ne présente donc plus aucun danger.

Les résultats opératoires sont surprenants, et la guérison après thyroïdectomie est particulièrement stable. La plupart des malades de cette statistique avaient absorbé, sans succès durable, de fortes doses d'iode, ou n'avaient pas été soulagés d'une façon prolongée par la radiothérapie.

Dans les goitres sans hyperthyroïdisme, l'exérèse chirurgicale est le seul traitement logique. L'iode, les extraits thyroïdiens sont inefficaces et souvent mal tolérés.

**L'unité de l'appareil respiratoire. A propos de la thèse du Dr Kanony.** — M. Georges Rosenthal signale les idées essentielles de cette remarquable thèse, qui réunit en une même étude la tuberculose laryngo-pulmonaire. C'est le poumon qui contamine le larynx, par voie surtout lymphatique. La lésion laryngée révèle la lésion pulmonaire, encore inapparente ; le pneumothorax guérit le larynx et le poumon.

Dans une synthèse rapide, le commentateur rappelle qu'il a toujours soutenu l'unité de l'appareil respiratoire qui, chez le nourrisson par la glossoptose, chez l'adolescent par l'atrophie thoracique de l'obstrué du rhinopharynx, chez l'adulte par l'emphysème des respirateurs bucaux, unit l'intégrité des fosses nasales à celle du lobule pulmonaire.

De même, il a, dans une série d'articles, posé les conditions de cure de la laryngite tuberculeuse, dont la première est l'hospitalisation de ce grand malade.

**Avitaminoses et mutilations.** — Les Drs Auguste Marie et Zaborowski présentent une note sur les avitaminoses, en rapport avec certains syndromes neuro-psychiques (onychophagie, trichophagie, géophagie, coprophagie, pica).

Ces mêmes syndromes observés sur l'animal sauvage se développent à l'occasion de déficiences alimentaires, et se corrigent par l'emploi de vitamines totales.

Chez l'homme, il en est de même, comme le montrent certaines observations d'insuffisants constitutionnels à croissance physique et psychotroublée.

Il n'y a pas jusqu'à certains cas pathologiques de mutilations et cannibalisme morbides, qu'on ne puisse rapprocher (peut-être même traiter) comme on le fait des animaux qui mutilent ou dévorent leurs progénitures ou leurs mâles en cas d'avitaminoses.

# SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

**L'action intestinale du camphre chez l'homme.** — MM. H. BUSQUET et A. JAUROU ont démontré que le camphre exerce une action modératrice sur les mouvements de l'intestin isolé du lapin. Cet effet expérimental, extrêmement net, incitait à essayer le camphre contre les diarrhées chez l'homme.

L'emploi systématique de ce médicament chez divers diarrhéiques a montré que, à la dose de $0^{gr},25$ par jour, il calme en vingt-quatre ou quarante-huit heures les douleurs intestinales et supprime la fréquence des selles. Il faut utiliser le camphre en solution aqueuse, ce qui est possible, puisqu'il est soluble dans l'eau, en proportion de 1 p. 1 000 environ. Mais, en raison du goût très désagréable de l'eau camphrée, il faut lui adjoindre un correctif, par exemple le sirop de menthe.

A noter que le camphosulfonate qui ressemble au camphre naturel à de nombreux points de vue, n'exerce aucun effet modérateur sur l'intestin, ni expérimentalement, ni cliniquement.

MARCEL LAEMMER.

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Séance du 24 octobre 1931.*

**A propos de la communication de M. Sorési** (de New-York) **: Appendicectomie par incision postéro-latérale.** — M. THÉVENARD ne nie pas les avantages de cette incision, mais considère qu'elle a des indications particulières et exclusives. Elle est loin de répondre à tous les cas, même lorsqu'il y a collection purulente. D'autre part, la position en décubitus latéral droit, pour faciliter le drainage, n'est pas une nouveauté, pas plus que le procédé d'appendicectomie sous-séreuse. Il y a longtemps déjà que Walter recommandait la première, et plus longtemps encore que Terrier a décrit le second.

**Présentation d'ouvrages.** — M. GEORGES ROSENTHAL présente le livre de Véran sur la cessation du pneumothorax : trois idées essentielles se dégagent de ce travail hautement documenté : l'épanchement n'a pas la grande gravité qu'on lui attribue ; — la guérison n'est acquise que quatre ans après la disparition des bacilles dans les crachats, — aucun pneumothorax ne doit être maintenu plus de six ans. M. Georges Rosenthal demande qu'il ne soit plus fait de distinction entre les tuberculeux de paix et de guerre, également innocents et secourables.

M. GEORGES ROSENTHAL présente le livre de V. de Lavergne sur *Allergie et anergie*. Toutes les notions modernes et nouvelles sont exposées avec une grande clarté, depuis le tuberculino-diagnostic jusqu'aux réactions étudiées récemment dans la scarlatine.

**Présentation d'appareil.** — M. BÉCART présente un nouveau tube gastro-duodénal.

**Rougeoles anormales avec invasion prolongée. Difficulté du diagnostic.** — M. G. BLECHMANN apporte 6 observations de rougeole insolite avec invasion prolongée. La maladie débute comme une grippe, avec fortes oscillations thermiques, catarrhe des premières voies, toux incessante et bronchite diffuse. L'évolution de ces rougeoles anormales a été sérieuse ou grave. Le diagnostic est resté en suspens jusqu'à l'apparition du signe de Koplik, prémonitoire de l'éruption dans 5 cas. L'interprétation de ces faits paraît difficile. La cuti-réaction n'a été positive que dans 1 cas sur 3, et par la suite, aucun malade n'a présenté de signes de tuberculose évolutive. L'auscultation n'a pas montré de signes d'hépatisation pouvant commander l'évolution fébrile du début.

**Réduction mécanique instantanée des fractures sous le contrôle simultané du double écran, face et profil.** — M. PASCALIS présente cette méthode de traitement des fractures basée sur une instrumentation de mécanique très moderne qui permet d'obtenir instantanément la réduction et l'appareillage des pires fractures sous le contrôle radioscopique simultané de face et de profil avec une simplicité et une sécurité jusqu'ici inconnues qui en transforment radicalement le pronostic. Suit la présentation d'un film qui précise les avantages de la méthode.

P. PROST.

## SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

*Séance du 20 octobre 1931.*

**Pleurésie purulente du nourrisson, guérison, anorexie tenace secondaire, sa guérison par l'emploi du lait cru.** — MM. LEREBOULLET, BENOIST et Mlle SAINTON présentent un nourrisson atteint à quatre mois d'une pleurésie purulente à pneumocoques avec épanchement abondant et forte fièvre chez lequel la vaccinothérapie sous forme de petites doses de Propidon amena l'apyrexie et permit l'opération dans de bonnes conditions. Malgré la guérison opératoire, une anorexie invincible empêcha pendant cinq mois la reprise du poids et provoqua un état de dénutrition marqué. L'emploi de lait de vache cru, recueilli et contrôlé avec soin, fit disparaître cette anorexie et permit une croissance satisfaisante.

**Un cas de rhumatisme déformant à forme ankylosante chez une fillette de treize ans.** — MM. JULIEN HUBER, LEVESQUE, FLORAND et Mlle DREYFUS présentent une fillette porteuse de manifestations articulaires multiples évoluant depuis quatre ans sans signes de rhumatisme ou de gonococcie et sans lésions cardiaques. La syphilis n'a pu être mise en évidence, le foie et la rate sont normaux. En outre, la cuti-réaction n'est devenue positive que récemment, ce qui permet d'exclure le diagnostic de rhumatisme tuberculeux souvent soupçonné dans ces processus articulaires chroniques.

**Présentation d'un thorax en entonnoir avant intervention.** — MM. OMBRÉDANNE et GARNIER.

**Hémorragie intestinale révélatrice d'une hypertension artérielle juvénile.** — M. DEGLOS rapporte l'observation d'un jeune homme qui à l'âge de quatorze ans présenta une hémorragie intestinale abondante d'étiologie indéterminée. Par la suite s'installa chez lui une hypertension de plus en plus marquée, la maxima passant progressivement de 16 à 19. Aucune atteinte rénale n'a pu être mise en évidence. Le sujet présente par ailleurs un déséquilibre vago-sympathique se traduisant par une tachycardie presque permanente, des pâleurs passagères, des diarrhées subites, etc.

ANDRÉ BOHN.

# REVUE DES CONGRÈS

## JOURNÉE DE PROTECTION DE L'ENFANCE

*Strasbourg, 4 octobre 1931.*

Le Comité français de l'Union internationale pour la protection de l'enfance avait, pour cette journée, mis à l'ordre du jour le sujet suivant : Organisation de la protection maternelle et infantile en France.

La réunion tenue dans la salle du Conservatoire de musique de Strasbourg sous la présidence de M. Roland Marcel, préfet du Bas-Rhin, assisté du Pr Rohmer, président du Comité d'organisation de la Journée, avec M. le Dr Lesage, secrétaire général du Comité français, Prs Marfan et Lereboullet, Dr Woringer, secrétaire de Comité d'organisation, avait attiré un très nombreux public composé de médecins de la région, de toute la France et de l'étranger, de philanthropes, de présidents d'œuvres de l'enfance en grand nombre, ainsi que d'infirmières-visiteuses très nombreuses également.

Le soir, une très brillante soirée fut offerte dans les beaux salons de la Préfecture par M. le préfet et Mme Roland Marcel.

La séance, après les discours du préfet, du Pr Rohmer et du doyen de la Faculté de médecine, Pr Merklen, comportait une série de rapports très documentés, dont, faute de place, nous ne donnerons ici qu'un trop bref exposé.

Le Dr ROCAZ (de Bordeaux), le premier rapporteur, traite de *l'organisation rationnelle de la protection de l'enfance en France.* Il décrit les institutions actuellement en vigueur en montrant leurs bienfaits et les modifications qu'il serait utile d'y apporter. Il reconnaît que pour la surveillance hygiénique de la mère et de l'enfant, ce sont les œuvres privées qui ont été le plus efficaces jusqu'à présent. Il faudrait que les organes officiels développent ou organisent ce qui a été trouvé de meilleur dans ces institutions.

L'organisme essentiel de la protection de l'enfance devrait être le centre de protection maternelle et infantile urbain ou rural, avec consultation de nourrissons, médecin et infirmière-visiteuse.

Cette organisation existe déjà en Alsace, grâce à l'Association alsacienne et lorraine de puériculture fondée en 1920 par le Dr Rohmer. Il existe un centre de protection par chef-lieu de canton.

Pour la création des centres dans les départements, l'administration doit se servir des œuvres, là où elles existent, et créer et faire fonctionner des organismes de protection, là où il n'y a rien. Mais, quelle que soit la formule employée, il faut tenir compte de la mentalité française et n'imposer aucune compression, pour laisser libre l'initiative individuelle.

En l'absence du Dr PIGOT (de Paris), Mlle DELAGRANGE lit son rapport sur *l'Assistance maternelle et la protection infantile par les Assurances sociales.*

Les Assurances sociales donnent à l'assurée et à la femme de l'assuré le bénéfice des prestations médicales et pharmaceutiques au cours de la grossesse et pendant les six mois qui suivent l'accouchement. Elles donnent à l'assurée droit à l'indemnité journalière de maladie pendant six semaines avant et après l'accouchement, mais les femmes d'assurés en sont exclues.

Mlle DELAGRANGE (de Paris), directrice générale des Infirmières-visiteuses, parle de *l'utilisation des institutions publiques et privées de protection maternelle et infantile par les caisses d'assurances sociales.*

Elle émet le vœu que les caisses passent un contrat avec les sections de protection maternelle et infantile pour la surveillance des assurées et de leurs enfants. Les caisses ne doivent créer des services de protection maternelle et infantile que là où les institutions privées et publiques font défaut.

Le Dr RODOLPHE STRAUSS, secrétaire général adjoint de l'Association alsacienne et lorraine de puériculture, parle ensuite de *l'organisation rurale de la protection de l'enfance.*

Il base son rapport sur l'organisation rurale de protection de l'enfance visant l'ensemble du territoire et de la population qui existe en Alsace. Les difficultés de cette organisation à la campagne viennent de l'ignorance et de la routine des populations en matière d'hygiène, du surmenage de la mère par les travaux des champs dans les derniers temps de la grossesse, de la dispersion des villages et de leur difficulté d'accès, surtout à la mauvaise saison. Il faut organiser des consultations pré-natales et des consultations de nourrissons nombreuses et dispersées, pour parer autant que possible à l'éloignement. Leur action sera complétée par des infirmières-visiteuses disposant de moyens de locomotion rapides, si possible d'une automobile.

M. le Pr COMBAS (de Florence) parle ensuite des *œuvres de protection maternelle et infantile en Italie.*

Assistance à la mère. Consultation prénatale gratuite dans toutes les communes assez grandes, complétée par la visite de l'infirmière visiteuse. Accouchement fait gratuitement à la maison ou dans une maternité pour les personnes de condition modeste. Consultations de nourrissons. L'œuvre nationale pour la protection de la mère et de l'enfant favorise avant tout l'allaitement maternel et cherche à éviter la séparation de la mère et de l'enfant. Elle intervient souvent pour régulariser la situation de la fille-mère et a ainsi des résultats satisfaisants. Les enfants abandonnés sont élevés dans des instituts spéciaux jusque et y compris l'apprentissage. L'Œuvre nationale italienne a dépensé pendant les quatre dernières années 315 millions de lire au total.

M. le Dr LESAGE remercia le Dr Combas de sa venue et de son intéressant exposé. Nous avons beaucoup à apprendre des œuvres italiennes de puériculture.

Le Pr MOURIQUAND (de Lyon) parle des *centres d'élevage et de la protection du premier âge contre la tuberculose.*

Il faut séparer l'enfant de la mère tuberculeuse dès la naissance; on y arrive en disant à la mère que l'éloignement est nécessaire pour le bien de l'enfant et son bien à elle, jusqu'à ce qu'elle soit guérie.

Mais que faire des enfants séparés de leur mère ? A Lyon, on les met dans des services spéciaux où ils peuvent être nourris au sein par des nourrices jusqu'à ce qu'ils aient atteint l'âge de trois mois. On leur fait pendant ce temps la vaccination au BCG. Ensuite, on place les enfants dans des centres d'élevage. Les gardiennes sont soigneusement choisies, et surveillées par une infirmière-visiteuse.

Sur 210 de ces enfants suivis par le Pr Mouriquand, aucun n'a présenté des signes de tuberculose. D'autres enfants

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

ont été trois semaines en contact avec la mère tuberculeuse. Il y a eu beaucoup de cas de tuberculose et 50 p. 100 de décès, chiffre énorme.

Le Dr WONDERWEIDT (de Mulhouse) expose *l'organisation de la protection de l'enfance à Mulhouse*, qui réunit tous les desiderata. Centre de protection maternelle et infantile que les caisses des industries ont chargé de la surveillance de leurs assurées.

Après ces divers exposés, une *discussion* s'est engagée à laquelle ont pris part le professeur ROHMER, M. ROCAZ, M. BONVOISIN, les professeurs MARFAN et LEREBOULLET, M. SCHREIBER, Mlle DELAGRANGE, M. ARMAND-DELILLE, etc., et pour terminer, a été voté, à l'unanimité, un vœu de M. ROCAZ félicitant le ministre pour sa récente circulaire et en souhaitant la rapide réalisation, et un *projet de résolution* soumis à l'assemblée par le professeur Rohmer, tendant à l'organisation dans toute la France de centres de protection groupant les œuvres dans chaque canton et administrés par un comité local sous le contrôle du préfet.

JULIEN HUBER.

# NOUVELLES

**Le IXe Congrès international d'Histoire de la Médecine** — Ce Congrès aura lieu en septembre 1932 à Bucarest.

A cette occasion, M. le professeur Jorga fera deux conférences :

1° La continuation des hôpitaux byzantins par les hôpitaux roumains ;

2° Les médecins sasses et de Raguse comme éléments de liaison entre l'Occident et l'Orient.

Les rapports ci-dessous seront présentés au Congrès :

1° La défense de l'Europe contre la peste, ayant comme rapporteurs les professeurs R. Jorge (Lisbonne) et Guyart (Lyon).

2° L'évolution de la médecine dans les Etats balkaniques, ayant comme rapporteurs un représentant de chaque pays balkanique.

En dehors de ces questions on pourra faire d'autres communications en liaison avec l'histoire de la médecine.

Les séances seront présidées par les vice- présidents du Comité d'honneur : les professeurs Nicolas Jorga, président du Conseil des ministres ; Jean Cantacuzène, ministre du Travail et de la Santé publique ; Tricot-Royer (Anvers) et D. Giordano (Venise), sénateur.

On organise encore une exposition et différentes excursions pour visiter le pays dans les meilleures conditions.

Pour toutes informations, s'adresser au secrétaire général du Congrès : M. le Dr Gomoiu, rue Stirbey-Vodà, 86, Bucarest.

**Service de santé des troupes coloniales.** — Par décision du 22 septembre 1931 les mutations suivantes ont été prononcées (service) :

DÉSIGNATIONS COLONIALES. — *En Indochine* : M. le médecin capitaine Goiran, du dépôt des isolés des troupes coloniales de Marseille (servira hors cadres).

*En Afrique occidentale française* : M. le médecin colonel Fulconis, du 23e régiment d'infanterie coloniale. Désigné hors tour pour service hors cadres en qualité de chef de service de santé du Sénégal.

*En Afrique équatoriale française* : M. le médecin capitaine Laquièze, du 23e rég. d'infanterie coloniale. Désigné hors tour et placé hors cadres à compter du 1er septembre 1931.

*Au Togo* : M. le pharmacien capitaine Lozach, de l'hôpital militaire de Fréjus (servira hors cadres).

*A Madagascar* : M. le médecin lieutenant-colonel Basque, de l'hôpital militaire de Fréjus (servira hors cadres).

*A la Martinique* : M. le médecin capitaine Le Tallec, du 2e rég. d'infanterie coloniale.

*En Guyane* (administration pénitentiaire) : M. le médecin lieutenant-colonel Espinasse, du 51e rég. de mitrailleurs indochinois (servira hors cadres).

*Au levant;* M. le médecin capitaine Galy, du centre de transition des troupes indigènes coloniales de Fréjus Désigné hors tour (volontaire).

Le capitaine d'administration Alexandre, du dépôt de la section mixte des infirmiers militaires des troupes coloniales à Marseille.

ANNULATION DE DÉSIGNATION COLONIALE. — La désignation de M. le médecin capitaine Le Tallec, pour la Guyane (administration pénitentiaire), parue au *Journal officiel* du 25 août 1931, est annulée.

PROLONGATIONS DE SÉJOUR OUTRE-MER. — *En Indochine* : M. le médecin commandant Petit devient rapatriable le 21 janvier 1933 (1re année supplémentaire).

M. le médecin capitaine Picot devient rapatriable le 29 avril 1933 (2e année supplémentaire).

*En Afrique occidentale française* : M. le médecin capitaine Mazurier devient rapatriable le 2 juin 1932 (1re année supplémentaire).

M. le médecin capitaine Meyer devient rapatriable le 10 novembre 1932 (1re année supplémentaire).

*En Afrique équatoriale française* : M. le médecin capitaine Escudier devient rapatriable le 15 novembre 1932 (1re année supplémentaire).

*Au Maroc* : M. le médecin capitaine Giordani devient rapatriable le 2 janvier 1933 (3e année supplémentaire).

*En Tunisie* : M. le médecin lieutenant-colonel Poux devient rapatriable le 24 février 1933 (2e année supplémentaire).

AFFECTATIONS EN FRANCE. — Au 2e rég. d'infanterie coloniale : M. le médecin commandant Laurency, rentré de Madagascar, hors cadres, en congé ; au 21e rég. d'infanterie coloniale : M. le médecin capitaine de Gilbert des Aubineaux, rentré de l'Afrique occidentale française, en congé ; au 23e rég. d'infanterie coloniale : M. le médecin colonel Augé, rentré de Madagascar, hors cadres, en congé ; M. le médecin colonel Guérard, rentré du Pacifique, hors cadres, en congé ; au 12e rég. de tirailleurs sénégalais : M. le médecin capitaine Charot, rentré du Levant en congé ; M. le médecin capitaine Sauson, du 51e rég. de mitrailleurs indochinois (convenances personnelles) ; au 14e rég. de tirailleurs sénégalais : M. le médecin capitaine Bidot, du 16e rég. de tirailleurs sénégalais (n'a pas rejoint) ; au 16e rég. de tirailleurs sénégalais : M. le médecin commandant Vendran, rentré de l'Afrique occidentale française, hors

## NOUVELLES *(Suite)*

cadres, en congé ; M. le médecin capitaine Thomas-Duris, rentré de Chine, en congé ; au 42[e] rég. de mitrailleurs malgaches : M. le médecin capitaine Marchat, rentré du Pacifique, hors cadres, en congé ; au 51[e] rég. de mitrailleurs indochinois, M. le médecin capitaine Marty, du 12[e] rég. de tirailleurs sénégalais (n'a pas rejoint) ; au 2[e] rég. d'artillerie coloniale : M. le médecin commandant Bossert, rentré de l'Afrique équatoriale française, hors cadres, en congé ; au 12[e] rég. d'artillerie coloniale : M. le médecin capitaine Muraine, rentré du Cameroun, hors cadre, en congé ; au dépôt des isolés des troupes coloniales de Marseille : M. le médecin commandant Gorjux, rentré de Madagascar, hors cadres, en congé ; à l'hôpital militaire de Fréjus : M. le pharmacien capitaine Monnier, rentré d'Indochine, hors cadres, en congé ; M. le pharmacien capitaine Coader, rentré de la Guyane, hors cadres, en congé ; M. le lieutenant d'administration Laffargue, rentré d'Indochine, hors cadres, en congé.

**Hôpital Bichat.** — Sous la direction de M. le professeur Lemierre, MM. Michel Léon-Kindberg, médecin des hôpitaux de Paris, et A. Soulas feront une série de conférences théoriques et pratiques sur les suppurations broncho-pulmonaires.

Ces conférences commenceront le lundi 30 novembre 1931 et se continueront jusqu'au 24 décembre. Elles comprendront : 1° des présentations de malades avec étude de clichés radiographiques et leçons théoriques, es lundis et vendredis de 10 heures à midi ; 2° des leçons avec démonstrations pratiques de bronchosco-thérapie es mercredis de 10 heures à midi.

**Hôpital Lariboisière.** — Le service central d'électro-radiologie, sous la direction de M. Haret, électro-radiologiste de l'hôpital Lariboisière, est réglé comme suit, pour l'année 1931-1932.

*Radiodiagnostic.* — Tous les matins à 10 heures, radioscopie et radiographie (malades des services et consultants). Interprétation de clichés.

*Radiothérapie.* — Tous les matins à 9 h. 30, consultation : visite des malades anciens, présentation au chef de service des malades nouveaux ; application de traitement. — Examen de sang : lundi et jeudi.

*Electrologie.* — Tous les matins à 10 heures, consultation et application de traitement ; électro-diagnostic classique et chronaxie. Une fois par semaine, le mercredi, un exposé sera fait concernant l'électrologie, le radiodiagnostic, les examens de laboratoire.

**Charité.** — Service central d'électro-radiologie : M. G. Ronneaux. Distribution et horaire.

1° *Radiodiagnostic.* — MM. G. Ronneaux, chef de service ; Gadreau et Barrault, assistants ; tous les jours, de 8 h. 30 à 10 heures, *radiographies osseuses* ; à 10 heures, dans les deux salles de radiodiagnostic, *examens viscéraux* (plus particulièrement le *tube digestif* et les glandes annexes), radioscopie et radiographie.

Tous les jours, sauf les jeudis et dimanches, à 10 heures, dans le bureau du chef de service : M. G. Ronneaux, *examen et interprétation des clichés* pris la veille.

2° *Electro-radiothérapie.* — M. G. Ronneaux et M. H. Desgrez, chef-adjoint. Tous les jours, à 10 heures, examens des malades et *traitements physiothérapiques* par M. H. Desgrez (diathermie, galvanisation, faradisation rayons infra-rouges, air chaud, radiothérapie moyenne. *Electro-diagnostic* sur rendez-vous.

**Voyage d'études en Tunisie et en Algérie.** — *Lundi 21 décembre* : Embarquement, à midi, à Marseille, sur le *Mustapha II.* — *Mardi* 22 : Arrivée à 19 heures, à Tunis. — *Mercredi* 23 : Tunis. — *Jeudi* 24 : Tunis, Le Bardo, Carthage. — *Vendredi* 25 : Tunis, Sousse. — *Samedi* 26 : Sousse, Kairouan, Sousse. — *Dimanche* 27 : Sousse, El-Djem, Sfax. — *Lundi* 28 : Sfax, Gabès. — *Mardi* 29 : Gabès. — *Mercredi* 30 : Gabès. — *Jeudi* 31 : Gabès à Tunis.

*Vendredi 1[er] janvier* : Tunis : départ à 19 heures, pour Constantine. — *Samedi* 2 : Arrivée à Constantine, visite de la ville. — *Dimanche* 3 : Constantine, Batna. — *Lundi* 4 : Batna, Timgad, Biskra. — *Mardi* 5 : Départ, à 15 heures de Biskra, pour Alger. — *Mercredi* 6 : Alger. — *Jeudi* 7 : Alger. — *Vendredi* 8 : Embarquement, à midi, sur l'*El-Biar.* — *Samedi* 9 : Arrivée, à 16 heures, à Marseille.

Prix tous frais compris de Marseille à Marseille, en deuxième classe, sur le bateau et en chemin de fer :

Médecins et anciens étudiants : 3 400 francs ; étudiants : 2 950 francs.

S'inscrire avant le 5 décembre, en versant 1 000 francs, chez le D[r] Henri Netter, 104, boulevard Saint-Germain, Paris (VI[e]), après 18 heures (compte chèques postaux, Paris, n° 895-22).

**Collège de France.** — M. le professeur H. VINCENT, membre de l'Institut, commencera son cours le mercredi 2 décembre, à 5 heures, à son laboratoire situé provisoirement 277, rue Saint-Jacques (Val-de-Grâce), et le continuera les mercredis suivants à la même heure.

Objet du cours : *Biologie générale des fuso-spirochétoses. Etude de leurs principales déterminations.*

**Cours pratique sur les progrès de l'actinologie.** — Ce cours aura lieu à l'Institut d'actinologie (Œuvre reconnue d'utilité publique), 6, passage Dombasle (Métro Convention), à 18 heures les lundis, mercredis, vendredis du 7 au 18 décembre 1931, avec le programme suivant :

7 *décembre.* — Saidman : Les progrès de l'appareillage ultra-violet et infra-rouge.

9 *décembre.* — Saidam : Les nouvelles techniques d'irradiation ; leurs indications et contre-indications ; mesure pratique de la sensibilisation ; interprétation des tests.

11 *décembre.* — J. Meyer : Où en sont les indications de l'actinothérapie en dermatologie.

14 *décembre.* — Lautman et Saidman : Les ultra-violets en pédiatrie ; état actuel des indications médicales et chirurgicales de l'actinothérapie.

16 *décembre.* — Auzimour, Dufougeré et M[lle] Palisse : L'actinothérapie en oto-rhino-laryngologie, stomatologie et gynécologie.

18 *décembre.* — J. Meyer : Associations de l'actinothérapie avec la radiothérapie, la diathermie, les onde courtes et la petite chirurgie.

Ce cours sera accompagné des travaux pratiques suivants : application d'un test, lecture de la sensibilité cutanée et choix des doses, application d'actinocautère, prescription de la révulsion actinique ; ces travaux

## NOUVELLES *(Suite)*

auront lieu sous la direction de MM. Saidman, Meyer, Nicolle, Delfraissy, de 5 à 6 heures.

Le droit d'inscription est de 180 francs. Un certificat sera délivré à la fin du cours.

**Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine.** — M. le professeur F. Bezançon a commencé ses leçons cliniques le vendredi 13 novembre 1931, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, et les continue les vendredis suivants, à la même heure.

Organisation de l'enseignement avec le concours de : MM. de Gennes, Etienne Bernard, André Jacquelin, Weissmann-Netter et Jean Célice, médecins des hôpitaux ; Delarue, Duruy, Oumansky, Mlle Pau, Wahl, chefs de clinique et anciens chefs de clinique.

Le vendredi, à 10 h. 30, leçon clinique à l'amphithéâtre de la clinique.

Les lundis et samedis, à 10 h. 30, visite dans les salles et présentation de malades.

Le mercredi, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre de la clinique, présentation des malades atteints de tuberculose.

Le jeudi, à 10 h. 30, consultation du rhumatisme (salle des consultations).

La matinée du mardi sera consacrée à l'enseignement élémentaire aux stagiaires par le professeur et ses assistants.

Les médecins suivant le service pourront, pendant cette matinée, assister à la consultation du rhumatisme faite par les Drs M.-P. Weil et Weissmann-Netter.

Enseignement aux stagiaires : le mardi, enseignement élémentaire et interrogatoire fait par le professeur et ses assistants ; les mercredis et jeudis, enseignement clinique par les assistants et les chefs de clinique.

Service des laboratoires : M. M.-P. Weil, médecin des hôpitaux; M. Ch.-O. Guillaumin, docteur en pharmacie; M. le Dr Etchegoin, M. le Dr Chevalley, M. le Dr Duchon.

Service radiologique : M. le Dr Tribout.

Service des agents physiques : M. le Dr H. Biancani.

*Service des tuberculeux.* — Centre de triage et service du pneumothorax artificiel : M. le Dr Braun, assisté de M. le Dr Destouches, Mme le Dr Frey-Ragu et Mlle le Dr Scherrer. Insufflations, mardis et vendredis ; le mercredi : visite de M. Bezançon et présentation de malades, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre de la clinique.

Un cours complémentaire sur la tuberculose aura lieu pendant le deuxième semestre, en mai et juin.

Des affiches ultérieures indiqueront le programme de ce cours.

A la fin de ce cours, un certificat sera délivré à ceux des auditeurs qui en feront la demande.

Consultations spéciales. — Les consultations spéciales suivantes, avec enseignement clinique, auront lieu :

Les mardis et jeudis, à 10 heures : Rhumatisme et maladies de la nutrition, par M. le professeur F. Bezançon, MM. M.-P. Weil, médecin des hôpitaux et Weismann-Netter, médecin des hôpitaux.

Le jeudi à 10 heures : Liopodolo-diagnostic, par M. le Dr Azoulay, ancien chef de clinique.

Le samedi à 10 heures : Pneumopathies chroniques, asthme, emphysème, par M. le professeur F. Bezançon, M. André Jacquelin, médecin des hôpitaux, et M. Jean Célice, médecin des hôpitaux.

Le jeudi à 10 heures, au centre de triage : Tuberculose pulmonaire, par M. le Dr Braun, Mme le Dr Frey-Ragu et M. le Dr Destouches.

**Clinique médicale (Hôpital de la Pitié ; professeur : M. Marcel Labbé).** — M. Marcel Labbé a commencé ses leçons de clinique médicale le mardi 17 novembre 1931, à 10 h. 30 du matin, à l'amphithéâtre de l'hôpital de la Pitié, et les continue les mardis suivants, à la même heure.

Visite des salles et présentation de malades par le professeur M. Labbé, tous les jours, de 10 h. 30 à 11 h. 30.

Visite dans les salles par M. Boulin, médecin des hôpitaux, tous les jours, de 9 h. 30 à 10 h. 30.

Leçons de sémiologie appliquée par MM. Azerad, Justin Besançon, et Gilbert Drefyus, chefs de clinique, par MM. Nepveux et Escalier, chefs de laboratoire, tous les jours, de 9 h. 30 à 10 h. 30.

Consultations spéciales pour les maladies de la digestion et de la nutrition pour le rhumatisme, et pour les maladies des glandes endocrines, par le professeur M. Labbé, par MM. Carrié, médecin des hôpitaux, Bith, ancien chef de clinique à la Faculté, et par les chefs de clinique, les lundi, mercredi, jeudi et vendredi, à 10 heures.

**Cours de perfectionnement du jeudi soir (Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier. Professeur : M. Brindeau).** — Ce cours, gratuit, est destiné aux étudiants et aux docteurs en médecine français et étrangers déjà au courant des questions obstétricales et désireux de se perfectionner.

Il comprendra une série de leçons qui auront lieu le jeudi soir, à 20 h. 45. Chacune de ces leçons sera l'exposé d'une question spécialement étudiée par le conférencier et sur laquelle il a fait des recherches personnelles.

Le cours a commencé le jeudi 26 novembre 1931 et continue chaque jeudi pendant le semestre d'hiver.

Programme du cours. — *Jeudi 3 décembre* M. Marcel Metzger : L'urgence en obstétrique et le praticien moyen.

*Jeudi 10 décembre.* — M. Keiffer : Nouvelles recherches sur le système nerveux utérin.

*Jeudi 17 décembre.* — M. Nattan-Larrier : L'hérédité des infections déterminées par les protozoaires.

*Jeudi 7 janvier.* — M. Lantuéjoul : Dystocie par rigidité cicatricielle du col.

*Jeudi 14 janvier.* — M. P. Chevallier : Traitement de la syphilis chez la femme enceinte.

*Jeudi 21 janvier.* — M. Vaudescal : Traitement des annexites par la diathermie.

*Jeudi 28 janvier.* — M. Desoubry : Considérations sur la grossesse chez les tuberculeuses pulmonaires.

*Jeudi 4 février.* — M. J.-L. Faure : Traitement opératoire du prolapsus génital.

*Jeudi 11 février.* — M. Lucien Brouha : Considérations sur la physiologie de la glande mammaire.

*Jeudi 18 février.* — M. Hinglais : Considérations sur la biologie de l'œuf.

*Jeudi 25 février.* — M. Bué : Des déformations de la tête fœtale après l'accouchement chez les femmes atteintes de viciation pelvienne.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la Clinique Tarnier.

**Clinique oto-rhino-laryngologique (Hôpital Lariboisière).** — M. le professeur Fernand Lemaitre, a fait la leçon inaugurale de son cours le mardi 24 novembre 1931, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté,

## NOUVELLES *(Suite)*

et continue ses leçons tous les jeudis à l'amphithéâtre de l'hôpital Lariboisière, à 10 heures, suivant le programme annexé à cette affiche.

**Cours complémentaire d'obstétrique.** — M. VAUDESCAL, agrégé, a commencé le cours complémentaire d'obstétrique, le vendredi 13 novembre 1931, à 15 heures (amphithéâtre Vulpian), et le continue les lundis, mercredis et vendredis suivants, au même amphithéâtre, à la même heure.

OBJET DES CONFÉRENCES. — Gestation, accouchement et post-partum normaux. Pathologie de la grossesse.

**Cours de radiologie clinique.** — M. R. LEDOUX-LEBARD, chargé de cours, a commencé le lundi 23 novembre 1931, à 11 heures, à l'hospice de la Salpêtrière (Clinique chirurgicale du professeur Gosset, pavillon Osiris), son cours de radiologie clinique consacré à l'étude de l'appareil locomoteur normal et pathologique.

PROGRAMME DES LEÇONS. — *Lundi* 30 *novembre* : La main et le poignet.

*Vendredi* 4 *décembre* : Affections congénitales.

*Lundi* 7 *décembre* : Lésions traumatiques : entorses et luxations. Fractures.

*Vendredi* 11 *décembre* : Avant-bras, coude.

*Lundi* 14 *décembre* : Lésions traumatiques. Fractures (*suite*).

*Vendredi* 18 *décembre* : Bras, épaule.

*Lundi* 21 *décembre* : Ostéomyélites.

*Lundi* 11 *janvier* : Tuberculose.

*Vendredi* 15 *janvier* : Pied.

*Lundi* 18 *janvier* : Syphilis et lésions parasyphilitiques. Mycoses. Affections parasitaires.

*Vendredi* 22 *janvier* : Tibio-tarsienne, jambe.

*Lundi* 25 *janvier* : Tumeurs bénignes et malignes.

*Vendredi* 29 *janvier* : Genou.

*Lundi* 1er *février* : Tumeurs malignes (*suite*).

*Vendredi* 5 *février* : Cuisse, hanche, bassin.

*Lundi* 8 *février* : Arthrites, affections dites « rhumatismales ».

*Vendredi* 12 *février* : Rachis, sternum, côtes.

*Lundi* 15 *février* : Affections infantiles.

Chacune de ces leçons sera accompagnée de projections et de présentation de clichés et terminée par des exercices d'interprétation au cours desquels les élèves seront initiés individuellement à la lecture des clichés.

**Cours de clinique chirurgicale (Hôpital de la Salpêtrière).** — M. le professeur A. GOSSET a commencé son cours de clinique chirurgicale, à la Salpêtrière, le jeudi 12 novembre 1931, à 11 h. 30 du matin, et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

**Clinique chirurgicale de la Salpêtrière (professeur : M. A. Gosset).** — PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT fait avec la collaboration de MM. Robert Monod, D. Petit-Dutaillis, J. Charrier, Leibovici, Thalheimer et Raymond Bernard, chirurgiens des hôpitaux ; René-A. Gutmann, médecin des hôpitaux ; Georges Lœwy, A. Raiga, G. Seille et R. Sauvage, anciens chefs de clinique, et Funck-Brentano, Lecœur et Audoin, chefs de clinique.

a. *Destiné aux docteurs en médecine français et étrangers.*

Mercredi, à 10 heures : Opérations, par le professeur.

Jeudi à 11 h. 30 : Leçon clinique et de thérapeutique chirurgicale, par le professeur.

Jeudi, à 11 heures : Présentation de malades.

Mardi, à 11 heures : Radio-diagnostic, par M. Ledoux-Lebard, chargé de cours.

Mercredi, à 9 heures : Visite des salles, par le professeur.

Mardi et jeudi, à 9 h. 30 : Opérations, par les assistants.

Samedi, à 10 heures : Présentation de pièces, par M. Ivan Bertrand, directeur à l'École des Hautes-Études.

b. *Destiné aux étudiants en médecine stagiaires dans le service* :

Tous les jours, à 9 h. 30, conférence de séméiologie chirurgicale.

Lundi : Opérations. — Mardi : Radio-diagnostic. — Mercredi : Présentation de malades. — Jeudi : Leçon clinique par le professeur. — Vendredi : Opérations. — Samedi : Leçon d'anatomie pathologique ou de bactériologie.

CONSULTATIONS. — *Chirurgie générale.* — Consultation tous les jours, à 9 heures : MM. les Drs P. Barrague et Marcel Blondin, anciens chefs de clinique.

Voies urinaires, mardi et vendredi, 9 h. 30 : MM. les Drs Jean Charrier et Petetin. — Jeudi, 9 h. 30 : Cystoscopies.

Ggynécologie, mardi, jeudi, samedi, 9 heures : Mme le Dr Francillon Lobre.

Tumeurs, vendredi, 10 heures : M. le Dr Robert Monod.

Rradiothérapie, mardi, 9 heures : M. le Dr Ledoux-Lebard.

Curiethérapie, vendredi 10 heures : Mme le Dr Wallon.

Electrothérapie, lundi et vendredi, 10 heures : Mme le Dr Geismar.

Gastro-entérologie (présentation de malades), lundi, mardi et vendredi, 10 heures : M. le Dr René-A. Gutmann et M. le Dr Jahiel.

Gastro-entérologie, mercredi et jeudi, 9 heures : Mme le Dr Harmelin-Lines.

Tuberculoses chirurgicales, lundi et vendredi, 9 heures : M. le Dr Vaudremer.

Oto-rhino-laryngologie, lundi, 9 heures : M. le Dr Munich.

Ophtalmologie, premier et troisième mardis, 11 heures : M. le Dr Paul-J. Petit.

Rectoscopie, samedi, 9 heures : M. le Dr Savignac.

*Consultations pour les anciens opérés du service* :

Samedi, 10 heures : MM. les Drs René-A. Gutmann et Jahiel, gastro-entérologie.

Lundi, 10 heures : M. le Dr George Lœwy, chirurgie générale.

Une consultation spéciale de gastro-entérologie est faite dans le service, le merdredi à 10 heures, par M. le Dr Lenoir, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Antoine.

COURS DE PERFECTIONNEMENT DE TECHNIQUE CHIRURGICALE. — Un cours complémentaire, réservé aux docteurs français et étrangers, aura lieu à partir du 11 juin 1932.

Il comprendra : 1° Des séances opératoires suivies d'un exposé technique, par M. le professeur Gosset

2° Des démonstrations à l'amphithéâtre.

3° Des séances de chirurgie expérimentale ;

4° Des leçons cliniques et théoriques sur les progrès récents en chirurgie abdominale ;

5° Des démonstrations pratiques d'anatomie pathologique.

Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations à

# NOUVELLES *(Suite)*

l'amphithéâtre et au laboratoire de chirurgie expérimentale.

Les droits d'inscription pour ce cours seront fixés ultérieurement.

Un cours complémentaire en langue anglaise d'une durée d'une semaine, réservé aux docteurs en médecine de langue anglaise, aura lieu en juillet 1932.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'A. D. R. M., salle Béclard, Faculté de médecine.

**Conférence de clinique et de thérapeutique infantiles à l'hôpital Trousseau.** — M. Lesné fait tous les samedis, à 10 h. 30, une conférence de clinique et de thérapeutique infantiles, avec la collaboration de MM. de Gennes, Marquézy et Turpin, médecins des hôpitaux, et de MM. Baruk, Blamoutier, Boutelier, Clément, Coffin, Mlle Dreyfus-Séc, Mme Hardouin, MM. Héraux, Laporte, Launay, Maurice Lévy et Lièvre, anciens internes du service.

**Service de santé.** — Par décision du 21 octobre 1931, les mutations suivantes sont prononcées. *Médecins, commandants* : M. Chaual (René-Emile-François), en disponibilité, 20e région, est rappelé à l'activité et affecté au 25e rég. de tirailleurs algériens, à Sarrebourg (service).

M. Leguay (Charles-Louis-Albert), 168e rég. d'infanterie, Longuyon) est affecté aux troupes du Maroc (service).

*Médecins capitaines* : M. Casabianca (Jean-François), région de Paris (pour ordre), stagiaire à l'École supérieure de guerre, est affecté à la place de Bordeaux, provisoirement (service).

M. Ribollet (Alexandre-Marie-Georges), assistant des hôpitaux militaires, hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, Paris, est affecté à la région de Paris, provisoirement.

M. Bouchard (Jean-Eugène-Hippolyte-Marie), chirurgien des hôpitaux militaires, 196e rég. d'artillerie lourde à tracteurs, Bordeaux, est affecté à l'hôpital militaire de Bourges (service).

M. Migayron (André-Emile), assistant des hôpitaux militaires, hôpital militaire d'instruction Desgenettes, Lyon, est affecté à la place de Lyon, provisoirement.

M. Ginestet (Jean-Gustave-Bertrand), troupes du Levant, est affecté à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce (service).

M. Guillermo (Guillaume-Jean-Valentin), assistant des hôpitaux militaires, hôpital militaire de Versailles, est affecté au 3e rég. du génie, à Versailles.

M. Fonta (Marius-Jean), école militaire préparatoire de Saint-Hippolyte-du-Fort, est affecté au 24e rég. d'artillerie, à Tarbes.

M. Derennes (René-Prosper-Jacques-Michel), 501e rég. de chars de combat, Tours, est affecté au 196e rég. d'artillerie, à Bordeaux

M. Meynadier (Raymond-Jules-Albin-Marie), 4e rég. du génie, Grenoble, est affecté à l'école militaire préparatoire de Saint-Hippolyte-du-Fort (service)

*Médecin lieutenant* M. Guichaoua (Jean), 15e rég. du génie, à Toul, est affecté au 19e corps d'armée, confins algéro-marocains, volontaire (service)

**Thèses de la Faculté de médecine de Paris.** — *25 Novembre* : M. Canela (Miguel F.), Sur une forme anormale de la tuberculose rénale. Tuberculose rénale à marque de colibacillose.

*26 Novembre* : M. Arloing, La vaccination régionale par la porte d'entrée dans l'infection colibacillaire. — M. Lauprêtre, Contribution à l'étude de l'aérophagie. — M. Borel, Méconnaissances systématiques chez l'aliéné.

## MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

28 Novembre. — *Paris*. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 10 h. 30. M. le professeur Carnot : Leçon clinique.

28 Novembre. — *Paris*. Clinique médicale de l'hôpital Cochin, 10 heures. M. le professeur Achard : Leçon clinique : Fièvre typhoïde, cas de contagion par des mains sales.

28 Novembre. — *Paris*. Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 10 heures. M. le professeur Cunéo : Leçon clinique.

28 Novembre. — *Paris*. Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine, 9 h. 30. M. le professeur Lejars : Leçon clinique.

28 Novembre. — *Paris*. Clinique médicale des Enfants (hôpital des Enfants-Malades), 10 heures. M. le professeur Nobécourt : Leçon clinique.

28 Novembre. — *Paris*. Clinique Tarnier, 10 h. 30. M. le professeur Brindeau : Leçon clinique.

28 Novembre. — *Paris*. Restaurant (11, rue Lepic) : Dîner des médecins alsaciens de Paris.

30 Novembre. — *Nîmes*. Dernier délai d'inscription des candidats au concours de l'internat de l'hôpital Ruffi.

30 Novembre. — *Tunis*. — Dernier délai d'inscription des candidats au concours de médecin-chef du dispensaire antituberculeux de Tunis. (S'adresser à la Ligue antituberculeuse de Tunis : Dar el Bey, à Tunis.)

1er Décembre. — *Strasbourg*. Comité de direction de la caisse d'assurances des employés, 9 *bis*, rue de Genève. Dernier délai des candidatures au poste de médecin-chef du sanatorium de Salem à Aubure-Fréland.

1er Décembre. — *Paris*. Hôpital du Val-de-Grâce. Coucours de médecin sous-lieutenant des troupes coloniales.

1er Décembre. — *Paris*. Préfecture de police. Ouverture du registre d'inscription des candidats au concours de l'internat en pharmacie des asiles d'aliénés de la Seine.

2 Décembre. — *Paris*. Asile Sainte-Anne, 10 heures M. le professeur Claude : Leçon clinique.

2 Décembre. — *Paris*. Clinique d'hygiène et des maladies du nourrisson (hospice des Enfants-Assistés). 10 h. 30. M. le professeur Lereboullet : Leçon clinique.

2 Décembre. — *Paris*. Clinique propédeutique (hôpital de la Charité), 10 heures. M. le professeur Sergent : Leçon clinique.

2 Décembre. — *Paris*. Clinique de la tuberculose (dispensaire Léon-Bourgeois), 11 heures. M. le professeur Léon Bernard : Leçon clinique.

2 Décembre. — *Paris*. Hospice des Enfants-Assistés, 10 h. 45. M. le Pr Lereboullet : Leçon clinique. La syphilis osseuse de la deuxième enfance (2e leçon).

3 Décembre. — *Paris*. Clinique oto-rhino-laryngocologique (hôpital Lariboisière), 10 heures. M. le professeur Lemaitre : Leçon clinique.

## NOUVELLES *(Suite)*

3 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique thérapeutique médicale (hôpital de la Pitié), 10 h. 30. M. le professeur RATHERY : Leçon clinique.

3 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique obstétricale (hôpital de la Pitié), 11 heures. M. le professeur JEANNIN : Leçon clinique.

3 DÉCEMBRE. — *Paris*. Assistance publique. Concours de médaille d'or de chirurgie.

3 DÉCEMBRE. — *Paris*. Faculté de médecine, 21 heures. M. LUTEMBACHER : Insuffisance cardiaque.

3 DÉCEMBRE. — *Paris*. Dernier délai d'inscription des candidats au concours de chef de clinique adjoint de la clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts.

4 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital Saint-Antoine, 10 h. 30. M. le professeur BEZANÇON : Les manifestations articulaires dites rhumatismales de la syphilis.

4 DÉCEMBRE. — *Nîmes*. Concours de l'internat en médecine de l'hôpital Ruffi.

4 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital Saint-Antoine, 10 h. 30. M. le professeur BEZANÇON : Les manifestations articulaires dites rhumatismales de la tuberculose.

4 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, 10 h. 30. M. le professeur TERRIEN : Leçon clinique.

4 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique chirurgicale infantile (hôpital des Enfants-Malades), 10 h. 30. M. le professeur OMBRÉDANNE : Leçon clinique.

5 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 10 h. 30. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

5 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 9 h. 30. M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique.

5 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique médicale de l'hôpital Cochin, 10 h. 30. M. le professeur ACHARD : Leçon clinique.

5 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine, 9 h. 30. M. le professeur LEJARS : Leçon clinique.

5 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital des Enfants-Malades. Clinique médicale infantile, 10 heures. M. le professeur NOBÉCOURT : Leçon clinique.

5 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital Cochin, 11 heures, M. le professeur PIERRE DELBET : Leçon clinique.

5 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique Tarnier, 10 h. 30. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

7 DÉCEMBRE. — *Paris*. Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription pour le concours d'électroradiologiste des hôpitaux de Paris.

7 DÉCEMBRE. — *Paris*. Assistance publique. Ouverture du concours de médaille d'or de médecine.

7 DÉCEMBRE. — *Paris*. Concours de médecin adjoint de l'hôpital de Vannes.

7 DÉCEMBRE. — *Paris*. Concours de chef de clinique adjoint à la clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts.

8 DÉCEMBRE. — *Paris*. Palais d'Orsay. Dîner de l'Umfia.

10 DÉCEMBRE. — *Paris*. Assistance publique. Concours de l'internat de Brévannes, Sainte-Périne, Chardon-Lagache, Hendaye.

10 DÉCEMBRE. — *Paris*. Société végétarienne (mairie du VIe arrondissement), 20 h. 30 : Conférence de M. AVIAS. Les poisons alimentaires, et de M. le Dr ED. LÉVY : Les émotifs et les anxieux. Les causes du mal.

10 DÉCEMBRE. — *Paris*. Assistance publique. Dernier délai pour les candidatures aux postes vacants d'assistants de consultations de médecine et de chirurgie des hôpitaux de Paris.

10 DÉCEMBRE. — *Paris*. Faculté de médecine, 21 heures M. le Dr LUTEMBACHER : Thrombose cardiaque. Infarctus.

11 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital Saint-Antoine. Clinique médicale, 10 h. 30. M. le professeur BEZANÇON : Le problème actuel de la maladie rhumatismale de Bouillaud.

14 DÉCEMBRE. — *Paris, Bordeaux, Marseille*. Concours de médecin stagiaire de l'assistance médicale en Indochine.

15 DÉCEMBRE. — *Paris*. Préfecture de police. Concours de l'internat de la maison départementale de Nanterre.

15 DÉCEMBRE. — *Paris*. Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription pour le concours d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris.

16 DÉCEMBRE. — *Paris*. Assistance publique Clôture du registre d'inscription pour le concours d'électroradiologiste des hôpitaux de Paris

16 DÉCEMBRE. — *Paris, Bordeaux, Marseille*. Concours de médecin de 2e classe de l'assistance médicale à Madagascar.

17 DÉCEMBRE. — *Paris*. Société végétarienne de France (mairie du VIe), 20 h. 30. M. ED. LAMOUR : Un merveilleux organe ignoré des malades. — M. GEORGIA KNAP : Le radium et les miracles de la radioactivité.

19 DÉCEMBRE. — *Paris*. Préfecture de police. Clôture du registre d'inscription des candidats au concours de l'internat des Asiles publics d'aliénés de la Seine.

21 DÉCEMBRE. — *Paris*. Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription pour le concours d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris.

21 DÉCEMBRE. — *Bordeaux*. Examen de médecine coloniale.

28 DÉCEMBRE. — *Nancy*. Concours de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Besançon.

29 DÉCEMBRE. — *Paris*. Assistance publique. Clôture du registre d'inscription pour le concours d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris.

# CHRONIQUE DES LIVRES

**Division palatine**, par VICTOR VEAU. 1931, 1 vol. de 568 pages et 786 figures (*Masson et Cie, édit.*).

Le livre que Victor Veau vient de faire paraître est de ceux qui font date. C'est un ouvrage remarquable de précision, de conscience et de patience. Dès les premiers mots, l'auteur prévient son lecteur qu'il n'a pas voulu faire œuvre d'érudition et de bibliographie ; on pourrait le croire si l'on veut entendre par là que ce livre ne commence pas par le classique et souvent bien fade chapitre d'historique, mais on remarque vite la documentation considérable sur laquelle il s'appuie. L'analyse critique des diverses méthodes chirurgicales employées jusqu'ici est un modèle d'érudition savamment combiné.

Au demeurant, c'est avant tout l'exposé et l'analyse de 500 staphylorraphies pratiquées par lui-même. Victor Veau n'a pas fait là œuvre d'ouvrier. Il a réfléchi sur chaque cas opéré et il fait part de ses réflexions, « pour éviter aux chirurgiens les insuccès que j'ai connus », dit-il simplement : ainsi peut-on suivre pas à pas l'évolution qui l'a conduit à la technique perfectionnée qu'il expose au cinquième chapitre.

Mais on ne peut se perfectionner en chirurgie si l'on ne prend pour base d'une part une étude parfaite de l'anatomie et d'autre part une connaissance exacte de la physiologie de l'organe sur lequel on opère. Le chapitre d'anatomie de la division palatine est lumineux de clarté : la forme, le squelette, la muqueuse, les muscles, les artères sont analysés en détail et de nombreuses figures et schémas aident encore à la compréhension du texte.

Ce travail détaillé amène tout naturellement le lecteur à comprendre l'importance de la suture musculaire dans la chirurgie réparatrice de la déhiscence palatine, et cela paraît même si évident à la fin de cette lecture que l'on s'étonne de certaines résistances à cette conception.

Mais l'acte opératoire n'est pas tout dans la cure de cette malformation. Il faut encore savoir redonner à ce voile une fonction normale. Il faut donc tout d'abord savoir quelle est sa physiologie. C'est ce que Victor Veau a minutieusement étudié en collaboration avec Mme Borel dans son chapitre de la Phonétique. Si la lecture en est, sans conteste, un peu ardue, l'utilité ne fait pas de doute pour ceux qui ont eu la chance d'entendre parler les opérés auxquels une rééducation méthodique a rendu une élocution parfaite.

Victor Veau, quelque part dans son livre, laisse prévoir qu'il prépare un ouvrage d'ensemble sur le bec-de-lièvre où l'embryologie et la prothèse seront envisagés. Ceux qui liront ce premier volume auront aussitôt le désir que le second ne se fasse pas attendre.

R. G.

**Para-chirurgie**, par le Dr DARTIGUES. Préface du professeur J.-L. FAURE (*Doin éditeur, Paris*).

L'auteur donne une suite à son *Faisceau oratoire* par un *Faisceau scriptural*. Celui-ci commence par un premier volume : *Para-chirurgie*, qui groupe un nombre considérable d'entretiens les plus variés sur la chirurgie moderne, mais sur des sujets qui ne sont pas de technique, ni de science chirurgicale pure. C'est en quelque sorte un ouvrage para-technique où, sous les noms de *Physique chirurgicale, Physiologie chirurgicale, Psychique chirurgicale, Éthique chirurgicale, Esthétique chirurgicale, la Conquête chirurgicale, les Destinées chirurgicales*, Dartigues a réuni les chapitres les plus curieux dont l'ensemble, comme l'a dit le Dr J. Noir, constitue un véritable Essai de philosophie sur la chirurgie moderne

Dartigues a particulièrement bien mis en lumière les grands courants nouveaux de la chirurgie au point de vue plastique et esthétique, et au point de vue endocrinien, la chirurgie devenant, après son œuvre d'exérèse qui se limite de plus en plus, davantage réparatrice et *constructive*, et ayant pour but de réparer les désastres plastiques de l'accident et de l'usure vitale et d'aider la médecine à lutter contre les déficiences vitales de l'homme.

Un pareil livre ne s'analyse pas ; il se lit d'un bout à l'autre avec un passionnant intérêt.

Le souffle puissant qui l'anime de la première à la dernière ligne, ce style imagé, à facettes brillantes, c'est du Dartigues et du meilleur, c'est du Michelet avec plus de fougue...

La richesse des idées n'est dépassée que par le brillant de la forme.

L'admirable écrivain qu'est Jean-Louis Faure a écrit pour ce livre une magnifique préface. « C'est une belle œuvre, dit-il, et c'est même tout simplement une œuvre.

« Il fait honneur à celui qui l'a conçu, à celui qui l'a écrit au hasard des événements. Il exalte cet art magnifique de la chirurgie, assez grand pour créer des sentiments aussi nobles et pour susciter de si hautes inspirations. »

ALBERT MOUCHET.

**La procréation humaine**. Un fort volume in-8° de 490 p., illustré de 70 fig., 1931. 60 francs (*Maloine édit., Paris*).

Un livre de vulgarisation sur tous les grands problèmes de la génitalité tracés avec clarté.

L'anatomie des procréateurs, illustrée de dessins.

La physiologie de la fonction lui fait suite.

C'est ensuite la fonction malade avec ses tares et ses défaillances.

**Si j'avais su et autres contes**, par DULEZ. Préface de J.-E. Rosny aîné, de l'Académie Goncourt, *édité par le C. N. T. (66 boulevard Saint-Michel, Paris)*.

Mme Anne Dulez, qui cache la femme d'un médecin fortement versé dans les questions sociales et plein d'enthousiasme pour tout ce qui touche la prophylaxie vénérienne, vient de faire paraître un petit volume de contes dont bien des auteurs à la mode envieraient la paternité.

Que ce soit l'histoire d'un antiquaire ou celle de Jacques et Manou, l'intérêt ne se dément pas un instant. Ce sont des histoires écrites d'une plume alerte et avec un intérêt captivant.

Mais ce qui fait leur moralité, c'est qu'au lieu d'être de simples aventures à charme littéraire, il y a dans chacun de ces petits poèmes véritablement vécus un enseignement qui touche aux sombres drames de la syphilis.

Le jeune homme ou la jeune fille qui lira : *Si j'avais su...* connaîtra quelques-unes des calamités auxquelles cette terrible maladie est capable d'amener l'infortuné qui s'est laissé contaminer, que ce soit sous les glaces du pôle ou sous le ciel gris de Paris.

MILIAN.

# VARIÉTÉS

## LA METTRIE

Une série de travaux et d'articles récents remettent en lumière l'une des plus originales figures du monde médical du XVIIIe siècle : il s'agit de La Mettrie, auquel MM. Laignel-Lavastine et Vinchon viennent ici même de consacrer une étude.

Or ce La Mettrie ne m'est pas tout à fait inconnu : je viens d'écrire à son sujet deux importants ouvrages (1), qui firent l'objet de mes thèses de doctorat ès lettres. Peut-être me sera-t-il permis, à mon tour, de présenter au public un portrait de mon auteur qui diffère par bien des traits de celui de mes éminents confrères ; ils n'ont vu que le médecin. Il fallait, à mon avis, insister bien davantage sur le côté philosophique de son œuvre et montrer la part considérable qu'il a prise au mouvement biologique de son époque. Il fallait également tirer de l'oubli ses admirables pamphlets, qui nous sont le guide le plus complet, le plus vivant, et le plus amusant du milieu médical parisien sous Louis XV.

Il est difficile, dans un court article, de résumer tant d'œuvres complexes, dont chacune suffirait à illustrer un homme ; mais j'espère néanmoins en donner une idée succincte, susceptible de donner aux curieux l'envie de se reporter aux sources.

La vie tourmentée de Julien Jan Offray de la Mettrie, malgré quelques passages demeurés ténébreux, nous est fort bien connue : né à Saint-Malo, le 19 décembre 1709, fils d'un honorable marchand de soie, destiné aux ordres, il suivit de bonne heure une autre voie qui devait l'écarter du Seigneur et le conduire à l'athéisme le plus cynique. Venu à Paris, pour y étudier la médecine, il éprouvait une incoercible aversion pour les tristes écoles de la rue de la Bûcherie, qu'il désertait avec régularité pour le cabaret et le mauvais lieu. Ayant dévoré à plusieurs reprises les subsides paternels, il en fut réduit à acquérir, moyennant ses derniers louis, de la louche et besogneuse Faculté de Reims, le bonnet de docteur, le 29 mai 1733.

C'est alors que La Mettrie, en face de la maladie et du malade, s'aperçut qu'il ne savait rien : et, autant pour fuir Saint-Malo que pour compléter son instruction, il se rendit auprès du grand Boerhaave, à Leyde, où il séjourna deux ans. Rentré en Bretagne en 1735, il s'y tient à peu près tranquille et exerce honnêtement sa profession quand, subitement, abandonnant patients, famille, enfants, il cherche un refuge à Paris. N'y pouvant consulter, car il était docteur de Reims, il accepte une place aux gardes françaises, et tient campagne trois ans, de 1742 à 1745.

1744 ! Cette date est la plaque tournante de la vie de La Mettrie. Cette année-là, atteint d'une fièvre chaude au siège de Fribourg, il conçoit que les facultés de l'âme varient en fonction des troubles organiques : il échafaude ainsi une histoire naturelle de l'âme, première version de sa doctrine matérialiste. Aussitôt, les dévots s'arment, la cabale s'organise et le pauvre La Mettrie, obligé de démissionner, trouve à grand'peine une place de médecin dans les hôpitaux militaires des Flandres. Incapable de comprendre l'avertissement, en 1746, il assomme les Esculapes parisiens d'un virulent pamphlet, qui dresse contre lui le corps médical réconcilié contre l'ennemi commun, et le livre est brûlé de la main du bourreau. La Mettrie, condamné, prend la fuite, et se réfugie en Hollande. Aigri par l'exil, sans ressources, il savoure amèrement ses griefs : en 1747, il tire une nouvelle bordée sur ses collègues furieux : c'est *l'Ouvrage de Pénélope* ; mais il n'oublie pas les dévots, et dans *l'Homme-machine*, il développe et aggrave les propositions défendues dans son premier ouvrage philosophique. Aussitôt, la haine générale exige le châtiment de l'insulteur de la morale, et, une fois de plus, il doit s'enfuir, fort heureux de trouver un refuge inespéré auprès de Frédéric II.

Devenu lecteur du roi et non son médecin, car le monarque tenait à sa peau, sa franchise, son insouciance et son cynisme lui valurent rapidement une situation privilégiée : un peu bouffon, un peu favori, il coule dans la société de Potsdam des jours heureux, buvant comme un Templier, mangeant comme un goinfre, et passant les nuits en compagnie d'une aimable fille du genre peu farouche. Entre temps, il fustige de main de maître ses frères en Hippocrate et publie un scandaleux *Système d'Epicure* qui déchaîne l'opinion publique.

Enfin, pour que la farce soit jusqu'au bout joviale, aux éclats de rire de Potsdam, il meurt d'indigestion le 11 novembre 1751. Il meurt, se moquant des médecins dont il refusa les soins, et victime de ceux qu'il se donna lui-même. Tant il est vrai qu'Esculape est un dieu jaloux à la rancune implacable.

***

Et tenace aussi. Car La Mettrie, toute sa vie, restera fortement imprégné de culture médicale

(1) La Mettrie, médecin pamphlétaire et philosophe (1709-1751), 1 vol. gr. in-8, illustré de reproductions de gravures anciennes, tiré sur impondérable, à 300 exemplaires. Paris, Librairie des Belles-Lettres, 1931. — Un pamphlet médical au XVIIIe siècle. La politique du médecin de Machiavel, par Julien-Jan Onfray de la Mettrie, 1 vol. gr. in-8. Onnès et Cie, 1931. Non mis dans le commerce.

il écrira en médecin (1), il pensera aussi en médecin, et sa philosophie, sa métaphysique, sa psychologie, sa morale surtout, seront médicales. Son matérialisme vient directement de l'École de Leyde, et son sensualisme, au fond, est imbu de principes iatro-mécaniciens.

L'œuvre du médecin est considérable ; élève de Boerhaave, il contribuera par ses traductions à répandre en France la doctrine iatro-mécanicienne que le maître professait à Leyde : traductions dont certaines deviennent, par l'ampleur de leurs commentaires, de véritables traités originaux.

Laissant de côté l'analyse du traité du vertige, des maladies vénériennes, de la dysenterie, les médecins s'intéresseront encore, malgré l'hermétisme du vocabulaire technique au XVIII^e^ siècle, aux observations de médecine pratique qui permettent de juger le praticien. Deux qualités rares pour son temps, il les possède au plus haut degré : l'amour de l'expérience sur les animaux, qualité de biologiste, et l'habitude de l'autopsie, qualité de clinicien. Prévenant les maîtres de l'anatomie pathologique, il a compris la nécessité absolue de rechercher dans les organes du mort des lésions correspondant aux symptômes observés sur le vivant : à chaque page, il revient sur cette nécessité, dont il cherche à convaincre ses confrères, engoncés dans les stériles disputes de l'école, et préférant les splendeurs du discours latin aux besognes malodorantes de l'amphithéâtre.

La partie la plus injustement ignorée de l'œuvre de La Mettrie est, sans contredit, sa biologie. Cet esprit curieux, révolutionnaire et logique s'est penché sur les éternelles énigmes de l'origine des êtres, et dès le premier contact, il jette bas les vieilles cosmogonies mosaïques dont les théologiens ont fait un dogme sacré. Et il déclare ne s'appuyer, comme toujours, que sur le bâton de l'expérience. Contre les orthodoxes de la science, il osa soutenir, lui le premier, que l'homme n'est qu'un mammifère, qu'un singe qui a bien tourné : il reprend sa place dans la nature, où tout se relie intimement par d'insensibles degrés. Pas de barrière infranchissable entre animaux, végétaux, mais l'unité de la matière vivante. Voici déjà une idée moderne.

Mieux encore : La Mettrie part en guerre contre la finalité, les harmonies pré-établies destinées à tout rendre meilleur dans le meilleur des mondes. Les organes sont ce qu'ils sont, non pas en vue d'un but précis, mais par la résultante naturelle de forces inconnues. Comment se sont-ils constitués ? Les animaux, infiniment différents de ce qu'ils sont aujourd'hui, sont nés d'une sorte de matière vivante primordiale ; peu à peu, ils ont été poussés par leurs besoins — le mot y est — vers une morphologie compatible avec la vie : ils se sont organisés par une évolution impérieuse, subissant la concurrence vitale, qui élimine les inaptes. Il pressent la grande loi de la lutte à mort entre les espèces et les individus et pose en quelques mots le problème irrésolu de la transmission héréditaire des caractères acquis.

Mais ce sont là les acquisitions les plus retentissantes de la biologie contemporaine : variation des espèces, sélection par concurrence, transmission des variations, unité de la vie, tels sont les principes nouveaux que défend La Mettrie bien avant Lamarck et Darwin. Principes que Diderot n'hésitera pas à dérober subrepticement, mais que sa couardise lui conseillera de conserver sous le boisseau.

Il faut donc reconnaître au médecin malouin la qualité de précurseur de l'évolutionnisme que l'on accorde, avec bien moins de raison, à des rêveurs comme Robinet, Bonnet ou de Maillet.

***

Les pamphlets de La Mettrie, et plus particulièrement ces deux chefs-d'œuvre : la *Politique du médecin de Machiavel*, et l'*Ouvrage de Pénélope*, nous offrent un tableau complet des mœurs médicales au XVIII^e^ siècle : nonobstant leurs imperfections, leur outrance, leur interprétation souvent tendancieuse des faits ou des anecdotes, ils nous permettent de faire revivre ce monde défunt.

Grâce à lui, nous connaissons ces Facultés étranges, comme Reims, Cahors ou Douai, où

(1) Voici le détail de l'œuvre de La Mettrie :

A. MÉDECINE. — a. *Traductions de Boerhaave :* 1. Traité de la matière médicale. Paris, 1739, in-12. — 2. Les aphorismes sur la connaissance et la cure des maladies. Paris, 1739, in 12 — 3. Institutions de médecine. Paris, 2 vol. in-12, 1739-1740. — 4. Abrégé de la théorie chimique de la terre. Paris, in-8, 1742. — 5. Système de M. Boerhaave sur les maladies vénériennes. Paris, in-12, 1735. — 6. Traité de la petite vérole. Paris, in-12, 1740. (Ces deux derniers avec d'importants commentaires.)

b. *Œuvres originales :* 7. Traité du vertige. Paris, in-8, 1737, — 8. Mémoires sur la dysenterie. Paris, in-12, 1738. — 9. Observations de médecine pratique. Paris, in-8, 1743. — 10. Traité de l'asthme, Berlin, in-8, 1750.

B. PAMPHLETS. — 11. Essai sur l'esprit et les beaux-esprits. Amsterdam, in-16, 1740. — 12. Saint Cosme vengé, Strasbourg, in-12, 1744. — 13. La politique du médecin de Machiavel. Amsterdam, in-16, 1745. — 14. La Faculté vengée, Paris, in-12, 1746. — 15. L'Ouvrage de Pénélope. Berlin (Genève), in-12, 3 vol. 1748-1750. (Nous négligeons les petites brochures de quelques pages.)

C. PHILOSOPHIE. — 16. L'histoire naturelle de l'âme. La Haye, in-8, 1745. — L'homme machine. Berlin, in-12, 1748. — 18. L'homme plante. Berlin, in-18, 1748. — 19. L'homme plus que machine, Londres, in-12, 1748. — 20. Traité de la vie heureuse. Potsdam, in-8, 1748. — 21. Le système d'Epicure. Berlin, in-12, 1750. — 22. L'art de jouir. Cythère (Berlin), in-12, 1751.

Les œuvres complètes du philosophe ont été l'objet de nombreuses éditions; les meilleures, en 3 volumes, sont celles de Berlin, 1775, Amsterdam, 1774, et Paris, 1796.

tout est à vendre, où chaque diplôme s'expédie par courrier à l'autre bout du royaume, contre espèces trébuchantes. Tantôt, il s'en prend aux programmes dont il proclame l'insuffisance et l'absurdité. Tantôt, dans un étrange et amer *Moyen de parvenir*, il nous dépeint la lutte atroce pour les places et l'argent, que les jeunes médecins mènent sans répit, avec des armes viles. Tantôt, il attaque les personnes, sous des masques transparents, et il fouaille d'un fouet impitoyable les plus éminents des maîtres parisiens ; chaque coup porte et laisse une marque indélébile : voici Ferrein, un gueux chassé de l'armée ; Chirac, le misanthrope ; Marcot, triste figure du Dr Tant-Pis contrastant avec Dubois qui met ses prescriptions en musique ; voilà Sidobre, inquiétant portait d'un raffiné, précédant le pédant Astruc, qui lui a tout appris... sauf l'art qu'il enseigne ! Et combien d'autres : Bouillac, le joueur impénitent, Boyer, le gazetier galant, Procope, l'aimable bossu, Silva, qui se vantait de ses succès féminins et savait réparer l'oubli des sens quand les conséquences en devenaient menaçantes...

Il faut lire ces pamphlets, violents, spirituels, mordants, n'épargnant personne, abattant les colosses aux pieds d'argile que la foule des malades vénérait et honorait : abréger ces pages, les condenser, en extraire la moelle, ce serait les trahir. A deux siècles de distance, elles n'ont rien perdu de leur verve ni de leur saveur, et sans elles, bien des praticiens célèbres de l'époque, et depuis noyés dans la poussière des ans, ne nous auraient été connus. Sans elles, nous ne connaîtrions rien de la vie quotidienne des médecins parisiens ; et leur souvenir n'évoquerait rien de plus que deux dates et le titre de quelques ouvrages. A cet égard, les pamphlets de La Mettrie, ainsi exhumés de l'oubli, doivent rester une source extrêmement précieuse de l'histoire de notre art au XVIIIe siècle.

Le plus curieux est que ces écrits, qui valurent à leur auteur la perte de ses situations et l'exil, lui ont été inspirés par le fourbe et prudent Sénac, qui lorgnait la place de premier médecin du Roy, et se débarrassait ainsi sans danger de ses rivaux, en les couvrant de ridicule, d'ignorance et d'infamie.

***

Le philosophe, assez mal connu en France, semble jouir en Allemagne d'une considération de bon aloi. On lui sait gré d'avoir, un des premiers, rompu avec les arguties de la scolastique et tenté d'édifier une philosophie expérimentale : la doctrine de La Mettrie, en apparence imprécise et nébuleuse si l'on s'en tient à la forme, est, quant à l'esprit, d'une homogénéité parfaite. En voici les principaux points :

*a.* Le problème de l'âme, échappant à la théologie, se réduit en dernier ressort à une question de neuro-physiologie : l'âme, qui n'est plus une parcelle de divinité, ne se distingue plus de la matière vivante : née avec la vie, elle disparaît avec elle.

*b.* Le développement intellectuel est fonction de la sensation : La Mettrie se révèle un sensualiste convaincu et convaincant, bien avant Condillac, Helvétius et d'Holbach.

*c.* Il y a interdépendance du physique et du moral, proposition que Cabanis reprendra plus tard avec succès.

*d.* D'où le bonheur consiste uniquement en la satisfaction des besoins, quels qu'ils soient : il n'y a donc plus de bonheur idéal, mais des bonheurs variables et adéquants aux tempéraments : le bonheur dans le crime, le bonheur des bêtes sont aussi souhaitables que le bonheur du sage, et rien ne permet d'imposer au méchant la recherche d'une jouissance sereine qui n'est pour lui d'aucun prix. Il n'est plus besoin pour vivre heureux de s'imposer une évolution vers le bien, mais de nous asservir à nos organes et de les satisfaire. Rien n'est bon, rien n'est mauvais ; il n'y a que des forces qui nous oppriment et qui nous déterminent : leur résister, c'est le malheur, leur obéir, c'est le bonheur.

*e.* D'où l'arbitraire de la notion de bien et de mal : la vertu n'est qu'une convention, variable selon les temps et les peuples, et n'a de valeur que relative. Inventée par la société, elle agit comme mesure de défense d'intérêts particuliers.

*f.* D'où enfin, cette théorie nouvelle de l'irresponsabilité des criminels, qui deviennent des anormaux, et qui ne doivent plus être punis, mais simplement mis hors d'état de nuire. La sanction disparaît, pour faire place à une simple précaution : le juge s'efface devant le psychiatre, et la prison devient l'asile. Or ces lignes, traçant un programme que la Révolution ne put remplir et demeuré encore inachevé, furent écrites au temps où la torture était appliquée avec conviction, et où les peines afflictives punissaient le crime avec une effroyable barbarie. Contre ces atrocités, seule la voix d'un médecin s'éleva pour excuser les fautes d'une guenille soumise aux réactions imprévisibles des organes.

***

Médecin honorable, biologiste d'avant-garde, pamphlétaire inégal, philosophe inquiétant, La Mettrie ne fit guère d'élèves. Il reste seul contre tous : pourquoi ? D'abord, parce que, devançant son siècle, il se plaçait délibérément à la tête des philosophes maudits : l'outrance de ses concep-

tions, son athéisme ostentatoire, son dédain du dogme, son cynisme de parti pris, tout cela révoltait l'opinion. Cet homme bafouait tout : l'honneur, la vertu, les nobles sentiments, la religion ; il bafouait la société : la Société le rejeta.

Ensuite la forme adoptée dans ses œuvres lui nuisit : pas de plan, pas de réflexion, du défaut de suite dans les idées, un étalage de sophismes, des affirmations sans preuves, des digressions, ces défauts noyèrent ses mots heureux, ses idées neuves et compromirent une thèse déjà difficile à imposer par son audace. Sans compter la verdeur du langage ni la crudité de l'expression qui choquaient les pudibonds.

Mais le plus rude ennemi de La Mettrie fut encore La Mettrie : un monstre, murmurait l'opinion, un ivrogne, un pilier de taverne, un coureur de filles, éructant ses propos blasphématoires à la fin d'un souper crapuleux, un coquin que ses frères les médecins avaient vomi : ces gens-là ne connaissaient que le faux La Mettrie, l'imposteur qui tenait à sa réputation de mauvais garçon : il jouait la comédie du vice, et tous s'y laissèrent prendre. Ce qui manqua le plus à la Mettrie, ce fut la pondération, la mesure : il sentait trop la canaille pour une société raffinée, mais il est regrettable que personne ne pressentît, dans cet épicurien qui traversait l'adversité sans s'arrêter de rire, une force qui se cherchait et ne se trouva jamais.

Ce qui lui manqua, ce fut la fréquentation des salons où se découvrent les talents, où se consacrent les réputations, d'où rayonnent les théories philosophiques. Ce fut pour lui un grand malheur, car avec ses dons, son intelligence, sa facilité, son talent d'écrivain, refréné, guidé, décrassé aussi par une Egérie, peut-être eût-il dégagé sa pensée de la gangue qui la dissimule et fût-il devenu ce qu'il méritait d'être : un prophète, et un chef d'école. Il méritait mieux que sa destinée.

Malgré son peu d'influence sur le matérialisme français dont il fut le précurseur, malgré que les évolutionnistes modernes le renient pour leur ancêtre, malgré que la médecine compte autant de faux pontifes et de charlatans qu'en 1750, on devait sortir de l'ombre cette figure originale et lui rendre la place dont la postérité l'avait injustement frustrée.

Dr Raymond Boissier,
*Licencié ès sciences, docteur ès lettres, stomatologiste des hôpitaux.*

---

## LA MAISON MATERNELLE NATIONALE DE SAINT-MAURICE

*(Section de puériculture).*

**Par le Docteur Henri BRIAND**
Médecin de la Maison maternelle nationale.

La Maison maternelle nationale de Saint-Maurice, instituée par la loi du 30 juillet 1920, est un établissement général de bienfaisance destiné à recevoir des mères-nourrices et éventuellement des femmes en état de gestation. Ainsi s'exprime le premier article du règlement de cette maison.

Plus loin, le même règlement précise :

« Sont admises à la Maison maternelle les mères-nourrices privées d'aide et de protection, allaitant leurs enfants et n'étant atteintes d'aucune maladie contagieuse. »

En d'autres termes, viennent à Saint-Maurice les mères *sans foyer* qui désirent se consacrer à l'allaitement de leur enfant, ne pas se séparer de lui.

« Sont admises aussi toutes femmes en état de gestation qui en font la demande, la seule condition exigée est que la gestation soit certaine. »

La Maison maternelle dépend directement du ministère de la Santé publique et fait partie des Établissements nationaux.

Les frais sont couverts par une subvention inscrite au budget national. L'Assistance publique de Paris intervient pour une part et verse à la Maison une fraction du prix de journée pour 110 des convalescentes. Cette contribution, qui était de 12 francs pour un prix de journée de 20 francs environ, doit être portée à 16 francs désormais.

La Maison maternelle de Saint-Maurice devait, dans le projet primitif de M. le professeur Pinard, avoir une ampleur que la suite des événements ne lui a pas permis de prendre. M. J.-L. Breton, premier titulaire du portefeuille de l'Hygiène sociale, avait en effet demandé au Parlement et obtenu de lui la désaffectation de l'immense asile d'aliénés de Charenton et sa transformation en Maison maternelle nationale.

Des difficultés budgétaires et administratives n'ont permis de transformer qu'un quart environ des locaux existants et de les adapter à leur nouvelle affectation. En sorte qu'actuellement les trois quarts de la maison, officiellement dénommée Maternelle nationale, fonctionnent comme maison de santé et reçoivent des aliénés, un quart seulement comme maison maternelle.

Il ne faut pas exagérer les inconvénients d'une semblable situation. Dans cet asile immense dont les bâtiments ne couvrent pas moins de 27 000 mètres carrés et sont situés au milieu d'un parc de 15 hectares, il a été relativement facile d'isoler les mères-

nourrices des malades et de leur affecter certaines parties du parc où elles peuvent se promener avec leurs enfants.

Bien que réunies dans une même enceinte et utilisant les mêmes services généraux, les deux parties de la maison, d'affectation si différente, sont nettement séparées.

Les principaux inconvénients de ce système ne sont pas d'ordre médical, mais bien plutôt d'ordre administratif. C'est à ce point de vue que l'autonomie de la Maison maternelle apparaît surtout comme désirable. Nous n'avons pas ici à développer ce point de vue, nous n'avons pas à dire ce que pourrait être la Maison maternelle, mais bien ce qu'elle est et les résultats acquis dans les conditions où elle a été appelée à fonctionner jusqu'à ce jour.

Dans son état actuel, la Maison maternelle comprend deux sections. La plus ancienne, qui est aussi de beaucoup plus importante, est celle des mères-nourrices; elle a été progressivement portée de 60 lits en 1921 à 100 puis aux 200 lits, 200 berceaux qu'elle comporte actuellement.

L'autre section, ouverte depuis le 27 juillet 1927 seulement, ne comprend que 20 lits réservés aux femmes en état de gestation. Celles-ci sont dirigées sur les maternités parisiennes (particulièrement clinique Baudelocque et Maternité de Paris) pour y faire leurs couches. 105 femmes en état de gestation ont été admises en 1930. La durée moyenne de séjour a été pour elles de quarante-cinq jours.

C'est exclusivement la section des mères-nourrices que nous aurons en vue dans cette étude.

**Recrutement.** — Le recrutement est assuré presque exclusivement par l'intermédiaire de l'Assistance publique de Paris.

Les mères, accouchées dans les maternités parisiennes, qui demandent à être envoyées en convalescence pour n'être pas obligées, du fait de l'insuffisance de leurs ressources ou pour toute autre raison, à se séparer de leur enfant, sont dirigées par les soins de ces maternités sur la maternité du boulevard Port-Royal. Là elles sont réparties par un service spécial entre les diverses œuvres privées et publiques. Trois fois par semaine la voiture de la Maison maternelle est envoyée boulevard Port-Royal pour y prendre les mères et les enfants désignés pour Saint-Maurice.

Le règlement prévoit aussi l'*admission directe* des mères sur simple demande adressée par elles à M. le directeur de la Maison maternelle. En fait, ce mode d'admission est très peu employé, peut-être parce que très peu connu. Tous les ans cependant la maison reçoit ainsi quelques mères accouchées



Fig. 1.

## VARIÉTÉS *(Suite)*

en province ou chez elles à Paris et qui sont envoyées par leur médecin. Mais ce sont les accouchées des maternités de Paris qui fournissent de beaucoup le plus fort contingent.

**Conditions d'admission.** — Ces conditions sont extrêmement larges. Une seule est vraiment essentielle : il faut que la mère nourrisse son enfant, sinon complètement, tout au moins de façon presque entière. Il n'est fait *aucune enquête* sur la situation sociale des entrantes, et les mères qui le désirent peuvent garder l'anonymat et même réclamer « le secret ».

Les étrangères même sont admises.

Le règlement ne prévoit aucune condition de poids pour l'acceptation des nourrissons ; toutefois la commission consultative a émis le vœu que le enfants de moins de 2$^{kg}$,500 ne soient pas admis.

La Maison maternelle nationale n'admet pas, bien entendu, de malades contagieux. A ce sujet, la ligne de conduite à tenir vis-à-vis des enfants hérédo-syphilitiques a été l'objet d'interprétations variées. Actuellement ils sont admis sans restriction et traités ainsi que leur mère à la Maison. En particulier, les traitements commencés dans les services hospitaliers sont continués.

**Fonctionnement.** — Dès l'arrivée à Saint Maurice, les enfants sont déshabillés, leur température est prise et ils sont rhabillés avec la layette réglementaire. La mère reçoit aussi un vêtement, des bas, des pantoufles, du linge ; elle reçoit en outre deux paillasses, un oreiller et des couvertures désinfectées pour le berceau de son enfant. Les couches, langes, brassières sont fournis par la maison et sont régulièrement changés. Le lavage du linge est assuré par une buanderie qui fait partie des services généraux de la maison.

Installés dès leur arrivée dans une des salles du rez-de-chaussée, la mère et son enfant sont soumis à une surveillance toute particulière pendant quelques semaines. Toutes les tétées (qui ont lieu toutes les trois heures, sept fois par jour) sont pesées, les selles surveillées et, dans le cas où les rations prises sont incorrectes, l'enfant est pesé nu tous les jours.

**Fiche individuelle.** — Le lendemain de l'admission, le nourrisson est pesé nu avant la tétée de dix heures et son poids porté sur une fiche individuelle. Sont portées aussi les diverses observations sur son état et sur celui de la mère à l'entrée dans le service. Complétée par la fiche de liaison envoyée par l'hôpital, cette fiche constituera le dossier médical de l'enfant et de sa mère pendant leur séjour à Saint-Maurice. Des cases permettent de noter toutes les semaines l'augmentation de poids de l'enfant, les incidents survenus et les modifications de régime ou les traitements mis en œuvre.

Après un passage plus ou moins long dans le service des entrantes, lorsque le médecin a acquis la certitude que l'allaitement se poursuit normalement, la mère et l'enfant sont passés dans une des salles du premier étage où ils resteront jusqu'à ce que l'enfant soit en âge de recevoir les premières bouillies.

Il sera alors mis dans le dortoir des « grands ».

Dans ces dernières salles, sauf cas exceptionnel, les pesées n'ont lieu qu'une fois par semaine.

Les poids successifs du nourrisson sont aussi portés toutes les semaines sur un diagramme qui est placé à la tête du lit, ce qui permet d'établir la courbe de poids. Lors de la sortie ce diagramme est réuni à la fiche individuelle contenant les observations jugées utiles par le médecin et notées par lui lors de la visite dans la salle.

En effet chaque semaine, le médecin fait une visite générale de tous les enfants d'une des divisions.

Tous les matins, les enfants signalés et les mères sont vus par l'interne et présentés au médecin s'il y a lieu.

***

La Maison maternelle nationale comprend 7 divisions de 24 lits chacune, un dortoir de 10 lits, une infirmerie de 24 lits et un lazaret.

Les enfants et les mères sont logés dans le même dortoir suivant la disposition habituelle dans les maternités : les berceaux sont placés au centre de la salle, dans le prolongement du lit maternel qui est placé perpendiculairement au mur.

Chaque division se décompose en deux dortoirs de 12 lits, 12 berceaux chacune. Les deux dortoirs sont séparés par une salle de change, carrelée, où sont installées 4 baignoires pour les enfants, une vaste crèche et un pèse-bébé.

A l'extrémité des dortoirs, une salle est réservée à la toilette des mères et comporte lavabos et bidets avec eau chaude et froide.

Les dortoirs sont largement éclairés et sont chauffés par des radiateurs à eau chaude.

Notons qu'à l'usage la disposition qui consiste à réunir mères et enfants dans la même chambre comporte au moins autant d'inconvénients que d'avantages. De cette façon, la mère se trouve en contact plus constant avec son enfant, ce qui n'est pas sans intérêt dans le cas particulier qui nous occupe, elle s'attache d'autant plus à lui qu'elle apprend à le mieux connaître. Mais, d'autre part, maintenir des enfants dans un dortoir où vivent nuit et jour 12 femmes n'est pas d'une hygiène

parfaite. Particulièrement pour les enfants déjà grands qui sont sensibles au bruit, le sommeil est souvent troublé et, de fait, nous avons observé que les enfants malades guérissent plus vite si on les isole que si on les laisse dans la salle commune. Il serait désirable que les enfants de plus de six mois soient réunis dans une salle distincte séparée du dortoir des mères.

Tous les dortoirs s'ouvrent sur des galeries couvertes qui longent un de leurs grands côtés. Cette disposition permet par temps convenable de sortir les berceaux et de mettre les enfants à l'air. On peut aussi utiliser des hamacs, simples toiles rectangulaires tendues sur un cadre de bois surélevé sur quatre pieds.

En outre, les mères peuvent promener leur enfant dans une partie du parc qui leur est réservée.

Les divisions sont séparées les unes des autres par des cours intérieures carrées dont elles bordent trois des côtés : le côté est, face à la vallée de la Marne, est largement ouvert et donne sur le parc.

Cette disposition des bâtiments est particulièrement heureuse, elle permet d'isoler une division des autres s'il s'y est produit un cas de maladie contagieuse.

LAZARET. — La Maison maternelle comporte aussi un lazaret installé dans un bâtiment éloigné du service. Ce bâtiment comprend 4 chambres à un lit et 4 chambres à deux lits, soit en tout 12 places. Cette disposition permet d'isoler les mères qui viennent directement de chez elles et celles qui reviennent, après courte évacuation, des hôpitaux. Certaines mères, employées dans la maison en dehors des services fermés, y sont aussi consignées avec leur enfant. .

Les mères venant des maternités où elles ont accouché sont considérées comme y ayant fait un séjour suffisant pour être considérées comme non contagieuses. En fait, les cas relativement nombreux de scarlatine que nous signalons d'autre part, survenus dans les trois semaines suivant l'admission, montrent que cette conception est en partie tout au moins inexacte.

CUISINE DU LAIT. — Lorsque la sécrétion lactée d'une mère s'avère insuffisante, les tétées sont pesées, la sage-femme du service prend l'enfant en surveillance et, si la chose est nécessaire, lui fait donner un complément de lait de vache. Ce complément consiste en lait stérilisé, pur ou coupé d'eau stérilisée sucrée, suivant l'âge. Dans certains cas, il doit être fait appel aux laits spéciaux ou lait condensé, sec ou encore au babeurre.

La préparation des biberons de lait de complément est faite dans une cuisine spécialement aménagée. Le sol, les tables, les murs en sont carrelés et la salle lavée à grande eau tous les jours. Une cuve à niveau constant permet le décapage des biberons qui sont ensuite lavés, écouvillonnés et rincés à l'eau stérile. La stérilisation du lait est faite suivant le procédé Soxhlet dans des appareils spéciaux.

Les quantités de lait de complément utilisées ne sont pas très élevées : 26 litres de lait en moyenne sont consommés journellement : 5 à 6 litres sont utilisés pour la confection des bouillies ; 20 litres pour les biberons. Il faut ajouter à cette quantité 5 à 10 biberons de babeurre.

15 à 25 biberons de lait condensé et à peu près autant de lait sec.

Une infirmière est chargée exclusivement de ce service.

**Infirmerie.** — Les enfants et les mères malades non contagieux et les nourrissons dont l'alimentation est particulièrement difficile à régler sont passés à l'infirmerie.

L'infirmerie actuelle est située dans une salle analogue aux autres dortoirs, mais isolée des autres services. Elle comporte une cuisine dans laquelle les mères malades et celles dont les enfants sont malades peuvent manger sans se rendre au réfectoire. Un projet d'infirmerie comportant des boxes d'isolement a été accepté par la Commission consultative, mais sa réalisation a été remise *sine die*, bien qu'une amélioration de ce service soit particulièrement désirable.

Une seule infirmière est chargée de cet important service ; aussi sommes-nous tenus à évacuer trop souvent des malades qui pourraient être soignés sur place. En particulier les mères malades qui ne peuvent s'occuper elles-mêmes de leur enfant.

**Evacuations.** — Les enfants et les mères atteints de maladies contagieuses, ceux dont l'état nécessite des soins impossibles à donner avec l'installation actuelle et un personnel très dévoué mais réduit en nombre et n'ayant reçu aucune formation professionnelle, sont évacués sur les hôpitaux.

**Travail et ouvroir.** — Les mères-nourrices ne sont tenues à aucun travail, sauf le nettoyage du dortoir dans lequel elles sont logées. Bien entendu, elles soignent elles-mêmes leur enfant. Toutefois, après trois semaines, certaines d'entre elles sont employées à des travaux d'intérêt général (service du réfectoire, de la buanderie, ménage des couloirs, etc.) ; elles reçoivent alors une rétribution de 1 fr. 25 à 1 fr. 50 par jour. En outre, le Service social de l'hôpital a, sur la demande de la Commission consultative, organisé un ouvroir dont la directrice dépend de lui. Cet ouvroir donne du travail de couture aux mères qui ne sont pas employées dans les services de la maison. Pour trois heures et demie de travail par jour, les bonnes ouvrières arrivent à toucher 50 à 60 francs

## VARIÉTÉS *(Suite)*

par mois, qui leur sont intégralement versés à leur sortie, et qui s'ajoutent à la prime d'allaitement.

**Distractions.** — Le S. S. H. a organisé dans un dortoir désaffecté un « foyer » où les mères peuvent se réunir et faire leur correspondance; un piano et un phonographe leur permettent de danser aux jours de fête. Une petite scène et une installation cinématographique permettent de donner tous les ans quelques séances de théâtre et de montrer quelques films.

**Sorties.** — En principe, les mères admises à Saint-Maurice ont le droit de recevoir deux fois la semaine des visites, mais elles n'ont pas le droit de sortir. Cette règle est en réalité très pénible pour celles qui font un séjour de plusieurs mois. Elle écarte de la Maison maternelle nombre d'entre elles et est la cause de sorties prématurées.

Il semble que ce règlement pourrait sans inconvénient être tempéré, que deux demi-journées de sortie pourraient être accordées aux mères qui auraient fait à la Maison maternelle un séjour de trois semaines. Il y aurait intérêt, à notre sens, à ce que ces sorties aient lieu tous les quinze jours et que la mère ne soit pas autorisée à sortir avec son enfant (1).

Les sortantes quittant leur vêtement de ville et reprenant l'uniforme de la maison dès leur retour, les chances de contamination des services par transport de germes venant du dehors seraient réduites au minimum.

D'ailleurs, dans l'état actuel des choses, des permissions de sorties exceptionnelles ne peuvent pas ne pas être accordées, elles le sont sur proposition d'une des assistantes sociales par le directeur après visa médical.

***

Comme il a été dit, un service de prophylaxie antivénérienne fonctionne depuis plusieurs années à Saint-Maurice. Quelques chiffres permettront de donner une idée de son activité.

**Prophylaxie antivénérienne.** — La liaison médicale avec les maternités permet de continuer à la Maison maternelle les traitements antisyphilitiques institués à l'hôpital; elle permet aussi de commencer de façon très précoce le traitement des nourrissons sur lesquels l'attention a été attirée.

Pour évaluer l'activité de la prophylaxie antivénérienne à la Maison maternelle, on ne peut tenir compte du nombre des enfants traités aux seules frictions mercurielles; ce traitement est en effet souvent employé par nous comme traitement d'épreuve.

En ne tenant compte que des nourrissons soumis aux *injections de sels arsenicaux*, sur les 629 enfants sortis de Saint-Maurice au cours de 1930, 65 ont été traités, soit plus de 10 p. 100.

Le sulfarsénol a été le seul sel d'arsenic employé. Dans presque tous les cas, entre deux séries de sulfarsénol, il a été fait une ou plusieurs séries de 10 frictions mercurielles journalières.

Les séries de sulfarsénol comportent en principe huit à dix injections sous-cutanées bi-hebdomadaires à doses rapidement croissantes (première dose : 0gr,005 ou 0gr,01) jusqu'à concurrence de 1 centigramme et demi par kilogramme de poids.

Il a été fait :

| | | | |
|---|---|---|---|
| 40 fois | une série | de sulfarsénol. | |
| 17 — | deux | séries | — |
| 5 — | trois | — | — |
| 1 — | quatre | — | — |
| 1 — | cinq | — | — |

Soit au total 98 séries de 0gr,025 à 0gr,030, soit environ 800 à 900 injections.

Naturellement le traitement des mères a aussi été continué ou institué. Au cours de l'année il a été fait pour celles-ci :

15 fois une série de novarsénobenzol ;

4 fois deux séries de novarsénobenzol ;

4 fois une série de sels de bismuth (quinby ou bivatol).

1 fois deux séries de sels de bismuth (quinby ou bivatol).

Dans 6 cas un traitement mixte a été employé (novar + bismuth ou cyanure de Hg).

Soit au total 23 cas traités : 29 séries de novarsénobenzol de 4gr,50 à 6gr,50 suivant le poids des sujets, en injections hebdomadaires ; 11 séries de sels de bismuth (injections tous les trois jours); deux séries de cyanure de Hg.

Les mères qui ont présenté des accidents secondaires sont isolées dans une chambre où elles ont leur vaisselle et leurs couverts personnels.

56 examens sérologiques, Bordet-Wassermann ou Hecht, ont été demandés au laboratoire de la clinique Baudelocque, qui se charge bénévolement de ce travail pour nous.

**Prophylaxie antituberculeuse.** — Au cours de l'année il a été demandé de très nombreux examens radioscopiques ou graphiques à l'Institut radiologique de la Ville de Paris et à divers hôpitaux ; 26 fois nous avons été en liaison avec les O. P. H. S.; 7 enfants ont été placés, après un séjour relativement court et sevrage, au Placement familial des Tout Petits.

Il nous est impossible de donner pour 1930 le nombre d'enfants admis à Saint-Maurice et ayant été vaccinés au BCG, les renseignements trans-

(1) Ces sorties sont autorisées à Chatillon, et n'ont donné lieu à aucun ennui.

## VARIÉTÉS *(Suite)*

mis au début de l'année par les hôpitaux à ce sujet étant incomplets.

**Prophylaxie antidiphtérique.** — Depuis que le professeur Lereboullet a fait connaître les résultats obtenus dans son service par cette méthode nous soumettons périodiquement les nourrissons à des instillations nasales d'acétylarsan ; depuis lors les coryzas, si fréquents avant l'emploi de ce traitement, ont presque disparu.

**Statistiques.** — Les résultats statistiques ont été donnés pour toutes les années antérieures à 1930 dans la thèse de R. Michel, interne du service (Th. de Paris, 1930).

rentrées après guérison et sorties définitivement au cours de l'année;

10 (2) sortantes par évacuation de l'enfant sont revenues après guérison et sorties définitivement au cours de l'année ;

2 sortantes par évacuation ont été réévacuées dans la suite au cours de l'année ;

10 sortantes par décès de l'enfant ;

1 sortante par décès de la mère (cardiaque, mort subite au cours du sevrage).

Au total, 626 sortantes.

A ce chiffre de 626 nous devons ajouter, pour le calcul de la mortalité infantile, le nombre des

| ANNÉE | Nombre d'enfants admis | Nombre de jours de présence | Durée moyenne du séjour | Nombre d'évacuations | Nombre de décès | Pourcentage de la mortalité |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1920 (77 jours.).......... | 153 | 14 540 | 95 jours. | 13 | 1 | 0,50 p. 100 |
| 1921 — .......... | 333 | 31 303 | 94 — | 40 | 8 | 2,4 — |
| 1922 — .......... | 619 | 33 426 | 54 — | 118 | 5 | 0,8 — |
| 1923 — .......... | 840 | 41 160 | 49 — | 67 | 5 | 0,59 — |
| 1924 — .......... | 694 | 44 420 | 64 — | 53 | 7 | 1,1 — |
| 1925 — .......... | 787 | 49 581 | 63 — | 63 | 13 | 1,6 — |
| 1926 — .......... | 607 | 49 776 | 82 — | 32 | 18 | 2,8 — |
| 1927 — .......... | 705 | 60 315 | 85 — | 40 | 19 | 2,8 — |
| 1928 — .......... | 650 | 55 540 | 80 — | 48 | 12 | 1,8 — |
| 1929 — .......... | 728 | 63 808 | 87 — | 77 | 20 | 2,7 — |

Ces chiffres méritent d'être commentés (1).

Le calcul de la morbidité et de la mortalité est rapporté au chiffre des entrantes; il serait plus conforme aux méthodes de la statistique et à la vérité de le rapporter au nombre des sortantes, en considérant que les sorties peuvent avoir lieu de trois façons différentes :

1° Sur la demande de la mère ;

2° Par évacuation sur les hôpitaux ;

3° Pour décès.

Grâce au système de fiches employé depuis deux ans à la Maison maternelle, nous sommes en état de donner une statistique très exacte du mouvement pour l'année 1930.

Au cours de 1930 nous avons pu compter :

530 sortantes sur leur demande après un temps de séjour variable ;

25 sortantes par évacuation de la mère sur un hôpital ;

29 sortantes par évacuation de l'enfant malade sur un hôpital ;

19 (2) sortantes par évacuation de la mère sont

(1) Les chiffres analogues pour 1930 sont :

Enfants admis : 684. Journées de présence : 61 198. Durée moyenne de séjour : 89 jours. Nombre d'évacuations : 85. Décès : 10. Mortalité : 1,46 p. 100.

(2) Ces mères ne sont comptées sortantes qu'une seule fois pour l'établissement de la statistique de mortalité, de même que ne sont comptées qu'une seule fois les mères qui, sorties sur leur demande, sont rentrées à nouveau et sorties avant la fin de l'année.

gémellaires qui ne sont comptées qu'une seule fois, soit 17. Ce qui porte à 643 le nombre des enfants sortants au cours de l'année 1930.

**Durée de séjour.**

1° Sortantes volontaires :

| | |
|---|---|
| Après un séjour de moins de 15 jours............ | 83 |
| — — de plus de 15 jours et moins de 3 mois .................................. | 269 |
| Après un séjour de 3 mois à 6 mois .............. | 70 |
| — — de plus de 6 mois............... | 106 |

2° Sortantes par évacuation :

*Pour la mère* : 44.

| | |
|---|---|
| Dans les 15 jours suivant l'admission ............. | 15 |
| De 15 jours à 1 mois .............................. | 15 |
| De 1 mois à 2 mois................................ | 18 |
| Plus de 2 mois.................................... | 8 |

Sur ce total, 19 sont rentrées après un court séjour à l'hôpital.

*Pour l'enfant* : 41.

| | |
|---|---|
| Avant 1 mois de séjour .......... | 15 |
| Entre 1 mois et 3 mois .......... | 11 |
| Entre 3 et 6 mois ............... | 13 |
| Après 6 mois .................. | 2 |

Sur ce total, 10 enfants sont revenus guéris après courte évacuation.

Deux enfants évacués sont rentrés à Saint-Maurice après quelques jours d'hôpital et ont dû être réévacués l'un deux mois, l'autre une semaine après leur retour.

## VARIÉTÉS *(Suite)*

**Causes d'évacuation.** — 1° *Enfants :*

| | |
|---|---|
| Affections pulmonaires | 7 |
| Affections digestives | 8 |
| Troubles de la nutrition | 4 |
| Maladies contagieuses | 4 |
| (1 érysipèle, 2 conjonctivites, 1 diphtérie nasale résistante au sérum). | |
| Syndrome méningé | 4 |
| Otite, mastoïdite | 3 |
| Adénites cervicales, abcès rétro-pharyngés ou du plancher de la bouche | 5 |
| Hernie à opérer | 3 |
| Bec-de-lièvre à opérer | 2 |
| Hémorragie ombilicale | 1 |
| Fistule anale à opérer | 1 |
| Céphalée spécifique | 1 |
| Hématémèse | 1 |
| Otite, mastoïdite | 1 |
| En observation sans diagnostic | 1 |

Sur les 11 cas de scarlatine, 8 se sont déclarés dans les trois semaines suivant l'admission, dont 4 dans la première semaine.

**Décès.** — Il nous a paru intéressant de relever pour les enfants décédés à la Maison maternelle les poids de l'enfant, à la naissance, à l'arrivée à Saint-Maurice et au moment du décès, ainsi que la durée du séjour à la Maison maternelle et le diagnostic.

| Date et poids de naissance | Date et poids à l'arrivée | Date et poids au décès | Durée de séjour | Cause du décès | Observations |
|---|---|---|---|---|---|
| I. 3/2-30 ...... 2 280 gr. ... | 15/2-30 2 300 gr. | 5/3-30 2 450 gr. | 20 jours. | Convulsion. | Siège. Pl. 900 gr. Enf. traité F. M. |
| II. 22/2-30 ..... 2 630 gr. ... | 8/3-30 *2 420 gr.* | 29/6-30 3 340 gr. | 3 mois 21 jours. | Troubles digestifs. | Hérédo-syphilis ; trait. sulfar. |
| III. 17/4-30 ..... 3 050 gr. ... | 28/4-30 *2 900 gr.* | 5/5-30 2 900 gr. | 7 jours. | Syndrome méningé | Enf. infecté à l'arrivée. |
| IV. 30/4-30 ..... 2 120 gr. ... | 4/6-30 2 630 gr. | 8/6-30 2 630 gr. | 6 jours. | Melæna. | Hérédo traité au sulfar. |
| V. 11/6-30 ..... 2 480 gr. ... | 28/6-30 2 540 gr. | 1/7-30 2 540 gr. | 2 jours. | Asphyxie blanche. | Prématuré. |
| VI. 30/9-30 ..... 3 320 gr. ... | 12/11-30 3 630 gr. | 2/12-30 3 730 gr. | 20 jours. | Syndrome méningé | » |
| VII. 10/9-30 ..... 2 710 gr. ... | 23/9-30 *2 660 gr.* | 2/11-30 3 020 gr. | 1 mois 9 jours. | Cachexie. | Abcès du sein chez la mère à l'arrivée. |
| VIII. 3/11-30 ..... 2 650 gr. ... | 22/11-30 2 730 gr. | 28/12-30 2 850 gr. | 1 mois 6 jours. | Synd. cholériforme | Prématuré 8 mois. |
| IX. 4/11-30 ..... 2 400 gr. ... | 24/11-30 *2 330 gr.* | 7/12-30 2 350 gr. | 13 jours. | Synd. cholériforme | Hérédosy., trait. sulfar. |
| X. 17/11-30 .... 1 950 gr. ... | 22/12-30 2 630 gr. | 28/12-30 2 500 gr. | 6 jours. | Accès de cyanose. | Mère BW + + + + Enf. ayant eu convulsions à la maternité. |

Sur ces 41 enfants évacués, 10 étaient des hérédo-syphilitiques et avaient reçu au moins une série de sulfarsénol.

2° *Mères :*

| | |
|---|---|
| Suites de couches pathologiques (dans les quelques jours suivant l'admission) | 7 |
| Affection pleuro-pulmonaire | 1 |
| Maladies contagieuses (déclarées ou suspectes) : | |
| Scarlatine | 11 |
| Erysipèle de la face | 3 |
| Angine suspecte | 2 |
| Affection cardiaque | 1 |
| Troubles nerveux | |
| Hystéro-épilepsie | 1 |
| Troubles mentaux | 2 |
| Accès maniaque caractérisé | 1 |
| Rhumatisme articulaire aigu | 2 |
| Salpingite | 4 |
| Appendicite | 1 |
| Abcès du sein | 2 |
| Pyélonéphrite rebelle | 1 |

Sur les 10 enfants décédés à Saint-Maurice 5 étaient des hérédo-syphilitiques traités. Chez l'un d'eux la mère avait présenté au cours de la grossesse des accidents secondaires.

Un seul des enfants décédés pesait plus de 3 kilogrammes lors de son admission ; quatre n'avaient pas repris leur poids de naissance lors de l'admission.

Trois enfants sont morts après un séjour de plus d'un mois. Deux d'entre eux ont présenté un syndrome cholériforme : l'un était un hérédo traité au sulfarsénol, l'autre un prématuré pesant 2 650 grammes à la naissance. Le troisième, un prématuré aussi ($2^{kg}$, 710 à la naissance et $2^{kg}$,650 à l'arrivée), semble avoir été infecté par un abcès du sein que présentait la mère lors de son admission ; il est mort dans le marasme.

Chez les 7 autres nourrissons, la mort est survenue très rapidement après l'admission, 4 fois au

cours de la première semaine, respectivement deux, six, six et sept jours.

**Pourcentage des évacuations.** — 1° *Enfants :* 41 évacuations sur 643 sortants, soit 6,37 p. 100. Si on défalque de ce chiffre le nombre des enfants revenus après courte évacuation et celui des enfants envoyés à l'hôpital pour des interventions telles que hernies ou bec-de-lièvre et qui ont été ensuite dirigés sur d'autres convalescences, le chiffre des évacués tombe à 27, donnant un pourcentage de morbidité de 4,19 p. 100. Chiffre trop fort pour représenter la morbidité sérieuse, vraie, car plusieurs des évacués ont pu, après un court séjour à l'hôpital, être dirigés sur d'autres convalescences ou sortir définitivement.

2° *Mères :* 44 évacuations sur 626 sortantes. Ce chiffre est lourdement grevé par le nombre relativement important de suites de couches pathologiques, hémorragies ou réactions fébriles qui ont imposé l'évacuation dans les jours qui ont suivi l'admission. Si on y ajoute le nombre des scarlatines et érysipèles survenus dans les quinze jours suivant l'arrivée à la Maison maternelle, soit 9 cas, on arrive au nombre de 16, auquel il serait juste d'adjoindre un cas de troubles mentaux constaté dès l'arrivée. En sorte que pour plus du tiers les évacuations des mères sont en relation très directe avec l'accouchement.

En outre, la disposition des locaux et l'insuffisance numérique du personnel nous font un devoir d'évacuer toute mère qui doit garder le lit, ne peut s'occuper de son enfant et doit compter sur une infirmière pour la servir.

**Mortalité infantile.** — 10 décès sur 643 sortants donnent un pourcentage de *1,55 p. 100.* Les causes des décès ont été rapportées plus haut ainsi que le poids et la durée d'hospitalisation des enfants décédés.

**Rôle du service social.** — Depuis 1924, le S. S. H. fonctionne à la Maison maternelle nationale, et nous ne pourrions plus maintenant concevoir la maison sans cet organisme.

Le S. S. H. se charge particulièrement de :

1° Assurer la liaison entre les hôpitaux et la Maison maternelle nationale ;

2° Assurer la liaison entre la Maison maternelle nationale et les services sur lesquels sont évacués les mères et les enfants malades ;

3° Veiller à ce que les mères en convalescence à Saint-Maurice touchent les secours auxquels elles ont droit ;

4° Apporter un réconfort moral à celles qui en ont besoin et résoudre les problèmes d'ordre social si différents qui se posent pour chacune d'elles ;

5° Chercher à replacer dans la vie pour le mieux celles qui sortent, tout en sauvegardant les intérêts de l'enfant.

A ces missions déjà difficiles, le S. S. H. a ajouté l'organisation du travail des mères et installé un ouvroir.

Les rapports annuels du Service social, dans leur sécheresse, ne donnent qu'un reflet très affaibli de l'action de l'assistante.

Pour la Maison maternelle entière (y compris la section des femmes en état de gestation), ce sont, en 1930, 711 cas inscrits, dont 569 entièrement suivis.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 155 | liaisons avec les | S. S. | des | maternités. |
| 29 | — | — | — | des tuberculeux. |
| 42 | — | — | — | de syphiligraphie. |
| 47 | — | — | — | d'enfants. |
| 5 | — | — | — | de médecine. |

154 liaisons avec les autres S. S.

789 lettres ; 311 démarches ; 609 communications téléphoniques.

Mais c'est très souvent par son action personnelle que l'assistante apporte une aide précieuse ; souvent quelques paroles dites aimablement par elle redonnent du courage et de l'espoir à ces jeunes mères souvent très désemparées.

Combien d'entre elles, venues à Saint-Maurice dans l'intention d'y rester quelques jours seulement, se laissent convaincre et y restent plusieurs mois pour le plus grand bien de leur enfant. Plusieurs peuvent alors retourner dans leur famille ou, ce qui n'est pas exceptionnel, se marier avec le père de l'enfant. C'est cette action extrêmement féconde que ne peuvent exprimer les chiffres (311 démarches, 789 lettres).

Je ne crois pas devoir refaire ici l'éloge de ce remarquable organisme qui, sous l'impulsion de Mme Getting, rend des services que seuls peuvent apprécier ceux qui ont vu les assistantes à l'œuvre. C'est au S. S. H. que la Maison maternelle nationale doit, entre autres choses, la liaison médicale avec les Maternités et l'organisation du travail.

Mais un point reste l'objet de nos préoccupations communes : *l'avenir des enfants lors de leur sortie de Saint-Maurice.*

A plusieurs reprises nous avions été péniblement impressionné par la nouvelle de la mort d'enfants qui avaient quitté le service pleins de vie quelques semaines auparavant. Mme Bouillerot, qui assurait alors avec un très grand dévouement le service social de la Maison maternelle, a bien voulu faire une enquête sur ce qu'étaient devenus les enfants après leur sortie.

Son travail porte sur une année (juin 1928 à juin 1929).

Sur 148 enfants suivis :

I. *98 enfants ont été placés par le S. S. H.*

A. 59 placés avec leur mère :

## VARIÉTÉS *(Suite)*

47 ont été retrouvés vivants : 27 avec leur mère, 20 placés par la mère.

5 sont morts.

7 non retrouvés.

B. 39 placés sans leur mère, en centres surveillés :

34 ont été retrouvés vivants.

1 est mort.

4 non retrouvés.

II. 50 *enfants ont été placés par leur famille* :

22 ont été retrouvés vivants.

6 sont morts.

1 abandonné.

21 non retrouvés.

Une première constatation s'impose, c'est qu'il n'y a qu'*un seul abandon*. Ce chiffre est certainement exact, car l'enquête ayant été faite auprès des services de l'A. P. pour les enfants dont le S. S. n'avait pas de nouvelles directes, les enfants abandonnés n'auraient pu échapper à la recherche. Cette constatation est conforme aux résultats d'une enquête antérieure d'une autre assistante sociale du service, Mlle Gouley, sur ce sujet.

En ce qui concerne les placements :

Ceux faits par le service social apparaissent comme plus sûrs que ceux effectués par les familles.

Au total, 6 *décès sur* 98 *enfants* placés par le S. S. contre 6 *décès sur* 50 *enfants* placés par la famille. Le nombre des enfants non retrouvés dans cette dernière catégorie ne saurait pas modifier cette conclusion. En effet, parmi ceux-ci, étant données les conditions de l'enquête, un pourcentage important doit être attribué aux décès. Sont en effet comptés comme non retrouvés les enfants dont le S. S. n'avait aucune nouvelle directe et dont la mère n'émargeait plus au budget de l'assistance pour les secours auxquels elle avait droit. Dans certains cas la mère a bien pu faire l'abandon de ses secours, mais quand l'enquête a pu être conduite jusqu'au bout, on a presque toujours trouvé la mort de l'enfant comme cause de la suppression des secours.

Mais cette enquête permet une autre déduction : pour les nourrissons placés par le S. S., le placement *avec la mère*, qui était recherché, apparaît comme moins favorable ou, si on ne veut pas tirer de conclusion formelle de chiffres au demeurant assez faibles, il n'apparaît pas comme supérieur au placement en *centres surveillés*.

Cette constatation confirme d'ailleurs une impression que nous avions depuis quelque temps sans pouvoir la baser sur des chiffres bien établis.

Un seul décès sur 39 placements en centres surveillés.

Cinq décès sur 59 placements avec la mère.

La mère qui travaille et garde son enfant près d'elle est très souvent amenée à négliger ou son travail — et elle perd alors sa place — ou son enfant. Dans l'un comme dans l'autre cas, c'est l'enfant qui souffre de la situation.

Sur les 47 enfants placés avec leur mère par le S. S. et retrouvés vivants, 20 avaient été secondairement mis en nourrice par la mère qui ne pouvait travailler en les gardant près d'elle.

Les chiffres sur lesquels porte l'enquête de Mme Bouillerot sont relativement faibles, mais ils corroborent parfaitement l'impression que nous avions sur la valeur relative des divers placements à la sortie de Saint-Maurice, et nous ne craindrons pas de les considérer comme reflétant très exactement la vérité, et nous en tirerons la conclusion que l'effort considérable fait par les pouvoirs publics pour sauver les enfants des mères sans foyer en créant pour elles un foyer commun où elles peuvent allaiter leur enfant, cet effort est insuffisant s'il n'est pas complété par l'organisation du placement de ces enfants lors de leur sortie de la Maison maternelle nationale.

Le meilleur type de placement est le centre surveillé du type du placement de la Nouvelle Étoile.

A dire vrai cependant, dans le cas particulier qui nous occupe ici, une autre solution pourrait peut-être être prise en considération. Pourquoi ne serions-nous pas autorisés à garder à la Maison maternelle les enfants des mères qui y ont fait un séjour prolongé, par exemple de celles qui ont nourri leur enfant pendant neuf mois ?

Chacun de ces enfants pourrait être confié à une mère-nourrice ayant un enfant plus jeune et qui devrait être choisie par le service médical et le service social parmi les plus soigneuses. Cette nourrice qui s'occuperait ainsi de deux enfants pourrait recevoir de la mère qui nous laisserait son enfant en surveillance une rétribution qui l'encouragerait à prolonger son propre séjour. Cette rétribution pourrait rester très inférieure à celle réclamée par les nourrices sur lieu et serait une prime aux mères qui auraient consacré un nombre de mois suffisant à l'allaitement.

Cette suggestion ne pourrait permettre de résoudre, si elle était prise en considération, qu'une des parties du problème, elle ne supprime pas la nécessité de créer un centre de nourrissons surveillé pour les enfants sortant plus tôt de la Maison maternelle, elle ne saurait englober qu'un nombre restreint de cas.

Nous espérons aussi arriver à créer, avec l'aide de Mme Getting, présidente du S. S. H., une mutualité maternelle plus ou moins rattachée aux mutualités existantes, qui nous permettrait de prolonger dans le temps l'œuvre de sauvetage social commencée dans notre service.

# VARIÉTÉS *(Suite)*

## LE MALAISE DE LA MÉDECINE A LA FIN DU XVI[e] SIÈCLE

### III (1)

### André du BREIL, Économiste et Hygiéniste.

Le dernier chapitre du petit livre d'André du Breil est intitulé : *Des abus qui se commettent aux aliments et nourritures du corps humain.*

Du Breil se montre dans ce chapitre un véritable précurseur de Quesnay et des économistes. Il signale au Roi les principales fraudes alimentaires en usage à cette époque. Il réclame des lois pour assurer l'entretien et la conservation de la santé de ses sujets, en même temps qu'il lui demande d'édicter des mesures de répression contre les fraudes alimentaires. Bien que le médecin de Rouen ait traité des falsifications des médicaments dans le chapitre précédent, je joindrai cette question à celle de l'alimentation.

« *Pour ce que la santé ne peut être longuement entretenue et conservée et encore moins recouverte* (sic), *estant perdue, sans l'usage des aliments lesquels continuellement entretiennent les corps en estat ou les changent et les altèrent ès qualité ou quantité ou tous deux ensemble quand ils sont corrompus, il nous convient icy de traicter des abus qui s'y commettent ordinairement parce que d'iceulx procède la plupart et quasi toutes les maladies et abréviations de la vie humaine.* »

On trouvera peut-être excessive la comparaison de Du Breil à Quesnay. Sans doute le médecin de la peste n'émet pas de nouvelles théories étayées sur d'interminables considérations, pour se résumer finalement en ces quatre mots célèbres : « laissez faire, laissez passer ».

En premier lieu, l'économie politique n'est-elle pas, comme la prose, une science que chacun, à l'instar de M. Jourdain, fait sans s'en douter ?

Et cette catégorie de gens, très nombreux de nos jours, qui prétendent, des faits historiques, tirer des règles générales, ne ressemblent-ils pas à ces météorologistes qui, dans l'apparent retour cyclique des mêmes phénomènes atmosphériques, ont la fatuité de vouloir trouver des lois leur permettant de prévoir le temps à longue échéance ?

Ceux qui prétendent obstinément isoler notre système solaire du reste de l'univers ne tiennent compte ni de l'influence encore inconnue que peuvent exercer sur ce système les innombrables mondes qui gravitent dans l'espace à côté du nôtre, ni des accidents qui surviennent dans notre milieu cosmique, ni des réactions qui se passent sous la croûte solide de notre globe.

(1) Voy. *Paris médical*, 1931, n[os] 29 et 41, partie paramédicale, p. 47 et 285.

Il n'y a pas grande apparence que les économistes aient tenu compte de ces facteurs météorologiques dans l'économie politique, puisqu'on les voit appliquer les mêmes lois du travail, de la Grande-Bretagne aux côtes de la Méditerranée, et ceci, sans parler, bien entendu, des habitudes millénaires de populations de mentalité et de coutumes fort différentes, ni des conditions diverses de leur alimentation.

Il y a toutefois une distance incalculable entre les météorologistes et les économistes. Les prophéties des premiers sont le plus souvent sans conséquences graves. Les billevesées des seconds exposent aux dangers les plus sérieux ceux qui se laissent aller à leur accorder le moindre crédit.

Que si l'on me reproche de m'occuper de choses qui ne regardent pas notre profession, je répondrai ce que disait André du Breil lui-même : « *De ces mauvaises lois procèdent indigence et faulte de biens, déplaisir, ennuis, fascheries, tristesse, mélancholie, crainte, frayeur qui est cause d'abréger la vie des hommes et d'une infinité de maladies, choses qui concernent la médecine et en dépendent, afin qu'on ne m'accuse pas que je passe les bornes de mon estat, car toutes les occasions qui nous y contraignent ou d'avoir famine, ou de manger du mauvais pain ou viandes viles, corrompues et mal assaisonnées, boire des breuvages de mesme, aller nuds, mal vestus, logés, couchés et leur enlevant, ainsi, tombant la maladie, de se faire solliciter, traicter, médicamenter, mourant comme bestes.* » Et voici la conclusion de notre médecin de la peste : « *Si le peuple est malheureux, les Rois et les Princes s'en ressentiront. Il faut donc punir l'avaricieux marchand qui cause tout le mal, le prodigue guarir et les autheurs de nouveaux subsides laissans entendre que c'est pour le bien public, chatier.* »

Notre auteur est donc protectionniste à outrance. Son protectionnisme est un peu spécial. Il ne s'applique pas au producteur, mais au consommateur. Mais pouvait-il en être autrement ? A n'envisager que le bien public, il était impossible de professer toute autre opinion.

Ce petit gentilhomme originaire de l'Anjou, — province favorisée entre toutes sous le rapport de ces *bons fruits produits par une bonne terre, telle que celle de nostre France,* — les a cueillis, enfant, à profusion dans le verger paternel. Maintenant ces bons fruits, il les voit, dans cette bonne ville de Rouen que visite si souvent la famine, accaparés par les étrangers, et à quelles conditions ?

Écoutons notre docteur Régent. Sur ces bons fruits, *il se trouve tant de tributs et de subsides ordinaires et extraordinaires que le pauvre peuple n'en peut avoir sa nécessité nonobstant tout ce que la terre produit, soit aussi bien pour subvenir au*

## VARIÉTÉS *(Suite)*

*pauvre qu'au riche. Qu'il soit tant bonne année que l'on voudra et de toutes choses requises toutes en abondance, nous n'en voyons aucune rabaisser de prix par la raison qu'il est librement permis à l'étranger de prendre et enlever bleds, vins, chairs, poissons, beurres sels, toiles, laines, draps, autant qu'il lui plait sans empeschement aucun, ce nonobstant qu'il y eust déffenses générales ; néantmoins, ceux qui devraient garder les ports et les passages butinnent avec eux et s'ils n'ont pas d'argent content* (sic) *nos Français persuadés par leurs dictes femmes leur font tant de crédits qu'ils en veulent. Puis après avoir faict leurs levées, font entendre qu'ils ont tout perdu par fortune de guerre ou péril de mer, font banqueroute et s'en partent sans dire à Dieu et emportent les marchandises et l'argent.* »

Que pouvaient échanger contre les vivres et matières premières que notre pays produisait alors en abondance relative, les Pays-Bas et les Iles Britanniques ? Pas grand'chose. C'est justement pour pouvoir payer les objets de première nécessité que ces nations ont dû développer leurs marines et conquérir autant de colonies qu'elles le pouvaient de manière à installer chez elles les marchés des produits exotiques. Là est le secret des guerres que firent à la France, à l'Espagne et au Portugal, l'Angleterre et la Hollande.

Parmi les autres causes de *charté* de la vie, Du Breil signale encore au Roi *l'extrême avarice des riches marchands usuriers qui achètent et embrassent tous les fruicts en tasche d'avance, qu'ils soient venus à maturité et recueillis ou qui sont arrivés dessus un port de mer ou de rivière devant que le commun peuple en puisse avoir à prix raisonnable, ils en font part, dons ou présents aux juges et gouverneurs des lieux pour exiger les vendre ou les distribuer à leur taux.*

*Une autre grande cause de corruption des aliments consiste dans le fait de les trop garder, comme font nos usuriers qui ne vendront jamais leur bled et légumes qu'ils ne soient à demi pourris, rongés de vermines ou presque consumés de vétusté et leurs vins fussent-ils aigres et altérés, ou les bouchers, charcutiers, rôtisseurs qui entendent déguiser les viandes corrompues, préparent des chats au lieu de conils, cornillaux au lieu de pigeons, anons au lieu de venaison* (1).

Du Breil signale encore une cause de *charté* propre à ces temps troublés, mais qui, Dieu merci ! a disparu de nos jours. C'était « *la multitude de fainéants et vermine qui pillent, volent, violent, ravagent, saccagent et emportent tout, d'où procède indigence et faulte de biens, déplaisir, ennuis, fascheries, tristesse, mélancolie, crainte, frayeur, qui est cause d'abréger la vie des hommes et d'une infinité de maladies* ». « *Reste aussi un très pernicieux et très dangereux abus comme est manifeste à tous depuis quelque temps, malicieusement, par une excessive avarice et trop ardente cupidité de lucre introduit, causé, inventé et pratiqué par les hosteliers, taverniers, cabaretiers ou triballiers en l'usage de vivres d'où procède une infinité de maladies estranges, longues, difficiles à ceux qui les soignent, ignorans les causes, comme catarrhes, distillations dessus les poulmons, crudités d'estomac, vomissements, dysenteries et aux flux de ventre, gravelle et pierres, obstructions des conduits des reins, du foye et de la rate, des veines mésaraïques et autres veines, artères et nerfs, dont s'ensuyvent inflammations, pierres, hydropisies, gouttes, phtisie, apoplexie, paralysies, convulsions, et autres diverses maladies, selon la diversité des mictions, température des corps et mois de l'année.* »

Car, dit-il, « *c'est une règle générale en la médecine vulgaire et commune que telles sont les humeurs, quels sont les aliments. Il s'en suyt donc par nécessité que si les viandes et breuvages sont corrompus, les humeurs du corps qui en sont engendrées le seront aussi. Cela est manifeste depuis quelque temps ès petits enfants nourris de mauvais lait et en toutes personnes mal nourries.* »

Parmi les principales altérations que Du Breil reproche aux débitants de faire subir aux boissons, nous noterons le mélange des vins avec le cidre ou la bière (?!), la coloration par le tournesol, le collage, l'addition de chaux, etc.

A propos des bouchers, le médecin de Rouen proteste contre la fâcheuse habitude qu'ont ces commerçants de souffler les bêtes abattues directement avec la bouche, ce qui les expose à transmettre la syphilis et la lèpre.

Comme on devait s'y attendre de la part d'un fils de l'Anjou, l'auteur a peu d'estime pour la bière et surtout pour le cidre. Il reproche à cette dernière boisson d'être nuisible, « *l'usage fréquent des pommes et des poires offensant les parties nerveuses* ».

Quant aux bières, si elles ne sont faites de bonnes matières, elles sont « *flatueuses et venteuses et s'attachent aux hypochondres, ce qui augmente l'humeur mélancolique et cause la gravelle et les calculs.* »

Pour terminer ce chapitre, il s'en prend aux accapareurs. « *Devant que de faire fin, je diray*

(1) Le roi François Ier avait été appelé à taxer les vivres des hôteliers de trois mois en trois mois par affiches collées à des poteaux (Ordonnances des rois de France, Règne de François Ier, t. 2 (1517-1520). Paris, Imprimerie nationale, 1916, p. 531, note 230).

## VARIÉTÉS *(Suite)*

*encore cela des usuriers, monopoleurs et trafiquants de bleds, vins, bétail, beurre, graisses, huiles, bois, laines, toiles et autres choses nécessaires à la vie de l'homme qui sur la fin de l'été courent et envoicnt partisans par tout le pays de France retenir les bled, et les vins promptement, les renferment et font courir le bruit qu'il n'en est plus et qu'on n'en avait pas tant recueilli qu'on l'estimait.* »

Dans ce qui précède j'ai montré surtout l'économiste. Je dois maintenant dire quelques mots de l'hygiéniste.

Qu'il y ait quelques erreurs grossières dans les théories de Du Breil, cela ne peut pas nous surprendre et nous devons montrer beaucoup d'indulgence pour une époque où la composition chimique de l'air n'était pas connue : l'air était considéré comme un des quatre éléments.

Pourtant l'importance d'un air pur est déjà soupçonnée. « *Pour ce que la santé ne peut être longuement entretenue, et conservée et encore moins recouverte* (sic) *quand elle est perdue sans l'usage des aliments lesquels continuellement entretiennent les corps en estat ou les changent et les altèrent en quantité ou qualité ou en tous les deux ensemble quand ils sont corrompus, il nous convient de traicter icy des abus qui s'y commettent ordinairement parce que d'iceulx procède la plupart des maladies et abréviations de la vie des humains. Entre lesquels l'air infecté est le premier grandement à craindre, à raison qu'il n'est possible de vivre unc seule heure, non, à peine un quart d'heure d'icelle sans l'aspirer et le respirer.* »

Pour notre Angevin, l'air peut être contaminé par les comètes et les éclipses. Quand Saturne et Mars, ou Saturne et Mercure se rencontrent au signe de la Vierge, des Gémeaux ou du Verseau, l'air acquiert des propriétés malignes que « *l'on appelle vulgairement peste sidérée. Dcs autres divers changements et mutations de l'air causés par l'inconstance et variation du temps, les livres de médecine en sont pleins ; comme par les aspects des planètes, des astres et étoiles fixes, de l'Orient et de l'Occident, du Midy et du Septentrion, par diverses impressions météorologiques qui adviennent par pluies, vents, tonnerres, esclers, corruscations, nuées, bruines, chaleurs, froidures, sécheresses ou humidité des contrées et régions comme des montagnes, dcs plaines ou vallées, des mers, eaux douces, lacs, bourbiers ct étangs, des cavernes de la terre, des corps morts, des immondices, sordities et excréments des villes et des bestes, ce à quoi on peut remédier par bonne police.* » N'est-ce pas là le sommaire d'un traité de climatologie et de police sanitaire ? Ne sourions pas trop des conjonctions de Mercure avec Saturne dans les Gémeaux. Nos successeurs se gausseront peut-être de l'influence que nous prêtons aux taches solaires. L'air se corrompt aussi par la fréquentation de ceux qui viennent d'un pays où sévit la peste, et par le contact des lépreux qui *estant chassés des maladredries par ceux qui les occupent par force et violence sous prétexte qu'un conseiller de Paris fut volé à la Maladrerie du Bourg la Raine la fit saisir és mains de la justice.*

Du Breil est tout à fait de son temps quand il écrit que l'air peut se corrompre par sort ou charme des damnables sorciers ou devins ou enchanteurs, pour faire périr soit les hommes ou les bêtes, soit les fruits de la terre.

Il ne semble pas que sur ce point de l'accaparement des vivres, de la spéculation, le Roi ait écouté les doléances du médecin de Rouen et qu'à la suite des Etats généraux de Blois, de nouvelles ordonnances aient été promulguées contre les fraudeurs, les accapareurs, contre l'exportation des objets de première nécessité. Il semble avoir été plus heureux contre les falsifications des médicaments, comme je l'ai déjà signalé (1).

« *On trouve chez les épicicrs ou droguistes des caisses ou cassots pleins dc masses de pilules d'élcctuaires solides ct de grands pots à beurre, pleins de liquide comme diaphénite, diaprune, diacarthame, suc de roses, confection hamech, mithridate, thériaque, emplâtres et autres semblables, le tout composé, dispensé et faict, Dieu sait comment ils distribuent les ingrédients en détail et par le menu au peuple jusques aux grains et aux scrupules, comme agaric non préparé, rhubarbe et coloquinte, sans ordonnance de médecin, semblablement toutes sortes de poisons comme antimoine, argent vif, précipité ou poudre de mercure, sublimé, réalgar, arsenic, opium, vert-de-gris, cantharides, mort aux rats et aux souris, tournesol pour donner couleurs aux vins, aux gelées, sirops, conserves, avec les peintures desquelles ils peignent leurs sucres, dragécs et confitures, qu'ils vendent publiquement en gros et en détail indifféremment à tout le monde ; d'où procède la plus grande partie de tous les dits abus, ne mettant dans leurs compositions que des drogues très salées et sophistiquées. Quant aux espices, au lieu de gingembre vendent du colombin et au lieu de poivre de la navette et du poivre d'Inde et de Brazil qui sont caustiques, corrosifs et ardents, gastent et altèrent les corps, ou bien pour cn dissimuler la violence, mictionnent un peu de bonnes espices parmy et quelquefois*

(1) Ordonnances du roy Henri III publiées en sa cour de Parlement le 25 janvier 1520, art. 87.

## VARIÉTÉS *(Suite)*

*de la semence de laurier, pois, fèves, croustes de pain, poudre ou poussières de marjolaine, de sarriette et autres brouilleries que les apothicaires font aussi bien que les espiciers* (1). »

(1) Le roi François Ier avait pris une ordonnance séparant formellement les métiers d'épicier et d'apothicaire (7 août 1518). Elle n'eut pas plus de succès que les lettres patentes données à Paris au mois d'août 1485 sur le même sujet (Ordonnances des rois de France. Règne de François Ier, t. 2 (1517-1520). Paris, Imprimerie nationale, 1916 p. 252, note 162).

Ces circonstances, jointes à la singulière indulgence de la police et de la magistrature pour les charlatans, expliquent, sans cependant la justifier tout à fait, la répulsion des médecins de Paris, soit pour les médicaments chimiques qui n'étaient pas débarrassés de leurs impuretés, soit pour ceux qui, de provenance exotique, étaient fort souvent falsifiés sans vergogne.

H. Gros.

# INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### COMMUNIQUÉS DE LA FÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE LA SEINE

Nous sommes informés que certaines Mutualités, par l'intermédiaire de leurs infirmières-visiteuses ou même de leur service médical, donneraient aux assurés sociaux de leurs caisses primaires des directives concernant leur traitement ou tenteraient de les diriger sur certains établissements de soins.

Si l'existence de ces pratiques, d'ailleurs contraires aussi bien à l'esprit et à la lettre de la loi qu'aux conventions signées, nous était confirmée, il y aurait lieu d'y mettre obstacle avant qu'elles ne se développent et n'aient rendu la tâche du médecin traitant impossible.

Aussi prions-nous instamment les confrères qui auraient connaissance de faits de ce genre de bien vouloir les signaler au secrétaire de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine, 28, rue Serpente, à Paris.

***

### Ligne de conduite à suivre par les médecins vis-à-vis des Caisses qui refusent de signer la Convention.

Ignorer ces caisses comme elles nous ignorent.

Ne *rien* inscrire sur la feuille de maladie (toute signature sur cette feuille marque adhésion à la convention).

Ne délivrer aucune attestation de durée probable ni de terminaison de la maladie.

Donner simplement au malade, quand il le réclame, un reçu *global* d'honoraires sur notre papier et dans notre forme habituelle (par conséquent avec un timbre de quittance. Par exemple : « Reçu de M. Bernard la somme de 25 francs ou de 280 francs pour honoraires). »

Dans la Seine, les caisses qui ont refusé de signer sont jusqu'à présent :

Caisse primaire Michelin,
Union des Travailleurs de France,
Damoysienne (maison Damoy),
La Couture,
Les Chauffeurs d'automobiles,
La Prévoyante.

Les deux premières nous ont opposé un refus formel. Les autres ont préféré comme tactique laisser systématiquement trois lettres sans réponse. Nous les ignorerons comme elles nous ignorent, en attendant d'autres décisions à l'étude.

***

### Conseils aux médecins.

La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine, dans un désir de bonne collaboration à la loi des Assurances sociales, pense rendre service à tous les médecins du département de la Seine en leur donnant sur l'exercice de la médecine en cette matière, un ensemble de conseils suggérés par les remarques faites au cours des mois précédents.

Ces conseils, inspirés par l'intérêt des malades, la saine gestion des Caisses, et la confiance réciproque des assurés, de la direction des Caisses et du Corps médical, ont pour but d'éclairer les médecins sur les conséquences regrettables qu'aurait la persistance ou la multiplication de certaines erreurs concernant l'esprit dans lequel la loi des Assurances sociales doit être appliquée.

C'est un devoir et une satisfaction pour la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine de constater, d'après ses premiers contacts avec le contrôle des Caisses, que, dans l'immense majorité des cas, les médecins concilient avec conscience et mesure l'importance de leurs soins et de leurs prescriptions avec l'importance de la maladie.

Il y a pourtant quelques exceptions.

Le service de contrôle de la Caisse interdépartementale a attiré l'attention du service de contrôle syndical de la Fédération sur quelques abus manifestes. C'est notre devoir de rappeler aux médecins syndiqués ou non, auteurs de ces abus, qu'ils s'exposent, après enquête du contrôle

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

syndical, à des sanctions prévues par la loi et pouvant aller jusqu'à la suppression définitive du droit de soigner les assurés sociaux ès qualité, sans préjudice de poursuites de droit commun. Ces cas sont rares, mais par contre, on a relevé parfois une exagération des prescriptions soit dans leur nombre, soit dans leur prix (dont le médecin ne doit pas totalement négliger l'importance), soit enfin dans la mise en œuvre de traitements physiothérapiques coûteux. De même, l'attribution de convalescences de longue durée, pas toujours très justifiées, grève lourdement par les prestations demi-salaire le budget des Caisses.

Soucieux avant tout de laisser aux médecins toute leur liberté d'action, nous n'entendons pas édicter ici des règles impératives, mais nous borner à leur suggérer quelques conseils utiles et que nous pouvons condenser dans cette formule unique : agir avec le malade assuré social comme ils l'ont toujours fait avec leurs propres malades dans leur clientèle ordinaire. Chaque fois qu'un traitement ou une prescription particulièrement coûteuse n'aura pas sur un autre traitement beaucoup moins onéreux une supériorité d'efficacité manifeste, il n'y aura pas lieu de lui donner la préférence.

Afin d'éviter bien des complications administratives, pouvant nuire aussi bien au malade qu'à son médecin, il est recommandé une fois de plus de remplir avec soin et en temps utile les feuilles de maladie et d'indiquer notamment avec précision la date du dernier jour de la maladie.

Si les conseils que nous donnons ici sont compris et suivis par les médecins, le contrôle syndical n'aura pas à intervenir souvent, tandis qu'il se déclenchera fréquemment dans le cas contraire, et c'est ce que nous voudrions éviter.

La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine assumant entièrement la charge financière du contrôle syndical, il est juste que tout médecin qui y est assujetti contribue pour la même part aux frais qu'il nécessite. Les médecins syndiqués versant annuellement à la Fédération une contribution, il nous paraît équitable que les médecins non syndiqués versent la même contribution.

La contribution spéciale pour le contrôle et pour les syndiqués étant fixée annuellement à 30 francs, les non syndiqués sont donc priés de vouloir bien l'adresser le plus tôt possible au trésorier de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine, 28, rue Serpente, Paris (6e), par mandat ou par chèque.

---

### CAISSE DE SECOURS IMMÉDIAT AU DÉCÈS AUX VEUVES ET ORPHELINS DU CORPS MÉDICAL MOMENTANÉMENT GÊNÉS

*Fondation de M. le Dr DEBAT*

I. Une caisse de secours immédiat au décès est créée au siège de l'Association générale des médecins de France en faveur des femmes et enfants de médecins momentanément dans la gêne.

II. Cette création est due à la générosité de M. le Dr Debat qui, pendant une période de dix années, versera, chaque année, une somme de 100 000 francs pour son fonctionnement.

III. Elle a pour but, au lendemain du décès d'un confrère, de mettre à la disposition de sa veuve ou de ses enfants une somme de 3 000 à 5 000 francs (maximum) pour lui permettre de faire face aux frais qu'entraîne la mort du chef de famille. Le secours accordé ne pourra être renouvelé.

IV. La caisse est gérée par le trésorier de l'Association générale des médecins de France, sous le contrôle d'une Commission composée de Mme et M. le Dr Debat, présidents d'honneur, et de cinq membres : MM. les président, secrétaire général et trésorier de l'Association générale des médecins de France et trois délégués de la Société de femmes et enfants de médecins.

V. Pour obtenir ce secours, la veuve du confrère ou les enfants (le tuteur s'ils sont mineurs) devront adresser une demande motivée au président de l'Association générale des médecins de France, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe).

Cette demande pourra également être adressée à l'Association générale par un président de Société ou un confrère au courant d'une situation malheureuse.

VI. Dès la réception de la demande, un questionnaire sera adressé à l'intéressé dans le plus bref délai possible.

VII. Le questionnaire dûment rempli sera soumis dès sa réception à la Commission d'attribution qui statuera et fixera le montant du secours à attribuer en tenant compte de la situation de la postulante.

VIII. Avant la réunion de la Commission, une enquête discrète sera faite.

IX. Toute femme ou enfant de médecin civil de nationalité française pourra adresser une demande au Siège de l'Association.

X. Dès que la Commission aura statué, la somme votée sera versée entre les mains de l'intéressé le plus rapidement possible.

XI. Le secours ne pourra être accordé que dans les trois mois qui suivront le décès du confrère.

# LA MÉDECINE AU PALAIS

**HONORAIRES DES MÉDECINS** *(Suite)*

« Attendu que le relevé des honoraires dont s'agit se trouve établi par le demandeur sur la base de 915 dollars calculés au taux de 25 fr. 50 l'unité, soit au chiffre de 23 332 fr. 50, auquel s'ajoute celui de 45 francs, correspondant à de menues fournitures, accessoires, pour former un total de 23 377 fr. 50; qu'après déduction d'un acompte de 7 000 francs reconnu versé par le débiteur, le solde réclamé ressort ainsi à 16 377 fr. 50, chiffre de la demande ;

« Attendu que, sans contester le principe de son engagement à l'égard du Dr Sherwood Dunn, le défendeur fait valoir l'exagération considérable des honoraires réclamés et soutient que la somme de 7 000 francs par lui versée correspond à une suffisante rémunération du traitement et des soins médicaux en litige ;

« Attendu que, sans doute, la créance prétendue est exprimée tant en dollars qu'en francs, mais que le rapport existant entre ces deux valeurs est rendu invariable, en ce sens que l'équivalence entre elles ayant été déterminée, au jour même de la prestation de l'objet du contrat, d'après un taux fixé de 25 fr. 50 par dollar, les fluctuations du change devaient demeurer sans effet sur la consistance du paiement ; qu'en conséquence, si les dispositions d'ordre public des lois monétaires, en date des 12 août 1870 et 5 août 1914, qui s'opposent à ce que le paiement afférent à un contrat, dont le lieu d'exécution est en France, soit réclamé en monnaie étrangère, en tant que portant ainsi indirectement atteinte au caractère libératoire de la monnaie nationale, n'auraient pas permis au demandeur d'exiger le paiement en dollars, elles se trouvent par contre inopérantes du fait que, dans l'action introduite, le montant de ces prétentions est exclusivement chiffré en francs suivant l'évaluation sus-énoncée ;

« Attendu que, dans ces conditions, la seule question à examiner est celle de savoir si, en fait, la somme de 23 377 fr. 50 est ou non en disproportion avec l'importance et la nature de l'intervention du Dr Sherwood Dunn ;

« Attendu qu'il est de jurisprudence que cet exa-

## LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

men doit avoir lieu au triple point de vue du médecin, du client et de la maladie traitée ;

« Attendu, en ce qui concerne le médecin, qu'il importe de tenir compte de sa situation professionnelle et de considérer notamment, en l'espèce, que le Dr Sherwood Dunn est un spécialiste de la thérapeutique américaine, se prévalant d'ailleurs d'un diplôme de ladite origine ; que cette particularité, en raison de la nationalité commune aux deux parties, apparaît comme ayant eu une influence déterminante sur le choix du médecin;

« Attendu qu'à l'application d'un art médical étranger, doit correspondre, dans une certaine mesure tout au moins, un mode spécial de rémunération du praticien; que cette conclusion est, au surplus, conforme à l'intention présumée des contractants, d'après le mobile de la convention intervenue ;

« Attendu, en ce qui concerne le client, qu'il n'est pas contestable que ce dernier se trouve dans une brillante situation de fortune; que de pareilles circonstances sont également de nature à être prises en considération pour l'appréciation des honoraires ;

« Attendu, en ce qui touche la maladie, que les documents de la cause font ressortir que le traitement a duré du 3 au 25 février 1927, nécessitant quotidiennement, à raison même de deux fois par jour, pendant deux semaines consécutives, des visites à domicile d'une durée minima de deux heures chacune et au cours desquelles étaient fréquemment pratiquées des interventions de petite chirurgie; que l'affection se révèle comme ayant en tout cas obligé le médecin à consacrer à ce traitement la plus grande partie de son temps pendant une période relativement prolongée ; qu'un dérangement et des frais supplémentaires lui ont été, en outre, occasionnés par suite de l'éloignement de l'habitation de son client ;

« Attendu qu'à titre d'élément d'évaluation, il convient de relever également le succès du traitement employé, la malade ayant elle-même exprimé sa particulière satisfaction des soins reçus ;

« Attendu qu'envisageant l'ensemble de ces

## LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

circonstances, le tribunal estime que le montant des honoraires, pour exagéré qu'il soit de la part du demandeur, n'en doit pas moins être fixé à un chiffre bien supérieur à la moyenne applicable aux traitements médicaux courants ; qu'il trouve, dans les documents de la cause, les éléments suffisants pour en évaluer le montant à 15 000 francs ;

« Attendu qu'après déduction de l'acompte de 7 000 francs, dont le versement est constaté par une quittance qui sera enregistrée en même temps que le présent jugement, il y a lieu d'allouer, en définitive, au demandeur la somme de 8 000 francs ;

« Attendu, en ce qui concerne l'exécution provisoire sollicitée, qu'aucun des cas prévus par l'article 135 du Code de procédure civile ne se rencontre en l'espèce, qu'il ne saurait être fait droit aux conclusions formulées de ce chef ;

« Attendu, au surplus, que la procédure de saisie-arrêt pratiquée paraît régulière ; qu'il échet de la valider tout en limitant ses effets aux condamnations prononcées ;

« Par ces motifs : Statuant publiquement contradictoirement en matière ordinaire et en premier ressort ;

« Condamne Thomson à payer au Dr Sherwod Dunn, pour solde des honoraires dus à ce dernier, la somme de 8 000 francs avec intérêts de droit ;

« Et pour assurer le recouvrement de cette condamnation, déclare bonne et valable l'opposition formée entre les mains de la Barclay's Bank prise en la personne de son directeur de l'agence de Nice en date du 14 mars 1927, enregistrée ;

« En conséquence, ordonne que toutes les sommes dont le tiers saisi se reconnaîtra ou sera jugé débiteur envers le défendeur seront par lui versées entre les mains du Dr Sherwood Dunn, en déduction ou jusqu'à concurrence du montant de ladite condamnation en principal, intérêts et frais ;

« Rejette toutes autres conclusions,

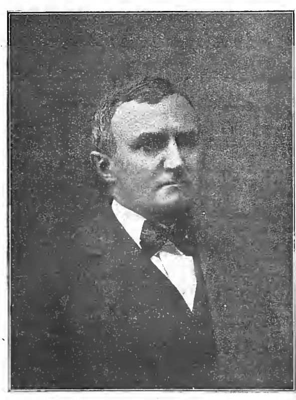
« Condamne le défendeur aux dépens. »

Adrien Peytel,
*Avocat à la Cour d'appel.*

# LES NOUVEAUX PROFESSEURS

## LE PROFESSEUR NOËL FIESSINGER

Le passage du professeur Rathery à la chaire de Clinique thérapeutique de la Pitié a laissé vacante la chaire de Pathologie expérimentale et comparée. A une forte majorité, le Conseil de la Faculté de médecine de Paris l'a attribuée au professeur Fiessinger. Il jouit, en France et à l'étranger, d'une réputation méritée. Tous ceux qui ont le privilège de l'approcher connaissent son intelligence, sa puissance de travail, ses



Le professeur Noël FIESSINGER

grandes qualités de clinicien et de biologiste. Les étudiants apprécient la valeur de son enseignement, en même temps qu'ils sont séduits par sa figure expressive, la vivacité de son regard et la chaleur sympathique de sa voix. Ceux qui ne le connaissent que par son œuvre en vantent l'originalité, la solidité et l'étendue. Il ne se trouvera personne pour blâmer le choix de la Faculté.

Noël Fiessinger est issu d'une vieille famille médicale et alsacienne. Il est né dans les Vosges et a passé sa jeunesse dans l'Ain, où son père, le Dr Charles Fiessinger, exerça longtemps avant d'accomplir, à Paris, une belle carrière de journaliste médical. Il a commencé ses études à la Faculté de Lyon et se plaît à reconnaître l'empreinte qu'il a reçue des grands cliniciens de l'École lyonnaise. Il était homme à conquérir n'importe où les plus hautes dignités de la carrière médicale. Venu à Paris en 1902, il est externe en 1903 et interne dès l'année suivante. Pendant l'internat il eut pour chefs Œttinger, Huchard, Albert Robin, Chauffard. C'est à leur contact que son orientation se dessina vers la physiopathologie hépatique et la biologie du sang.

La guerre surprit Fiessinger au milieu des grands concours. Il la passa tout entière dans des ambulances chirurgicales, où son activité de bactériologiste ne trouva que trop à s'employer. Il fut des premiers à insister sur le rôle néfaste des tissus contus et mortifiés et sur la nécessité de leur exérèse. De cette époque date la contribution très importante qu'il apporta à la biologie de la plaie de guerre, en collaboration avec le professeur Delbet.

Dès la guerre terminée, Fiessinger, nommé médecin des hôpitaux et agrégé de la Faculté, reprit avec ardeur le cours de ses anciennes recherches. Elles ont trait surtout, nous l'avons dit, à la biologie du sang et à la physio-pathologie hépatique, malgré qu'il ait abordé bien d'autres domaines. Il a toujours envisagé les problèmes sous toutes leurs faces en employant conjointement les techniques de la clinique, de la biochimie, de l'histo-physiologie. Ses travaux d'histologie normale et pathologique sont particulièrement à retenir. Élève d'Auguste Pettit et de Regaud, il a fait honneur à ces maîtres.

L'étude du sang a beaucoup occupé Fiessinger. Un nombre important de publications fut consacré aux ferment des leucocytes : protéases, lipases, oxydases. Il y mit au point d'ingénieuses techniques et formula d'intéressantes applications à la pathologie générale. A signaler aussi ses recherches sur les ictères hémolytiques où il découvrit, avec Chauffard, les hématies granuleuses, sur la micro-leucocyto-culture, sur les indications de la splénectomie qui firent l'objet d'un rapport au Congrès de Médecine de 1927.

Pour ce qui est du foie, on peut dire que Fiessinger l'a étudié à tous points de vue. L'histologie normale de la cellule hépatique, qu'il approfondit avec Regaud, le conduisit naturellement à l'histologie pathologique et ses travaux sur les cirrhoses font autorité. Il a toujours insisté sur la précession de l'altération parenchymateuse et sur le caractère secondaire de la réaction scléreuse réalisantle processus cicatriciel. Il a d'autre part consacré de longues recherches à la séméiologie fonctionnelle du foie et il suffit de rappeler ici ses publications sur l'épreuve sucrée

# LES NOUVEAUX PROFESSEURS *(Suite)*

amphogyre, l'indice de polypeptidémie et surtout sur l'épreuve du rose bengale.

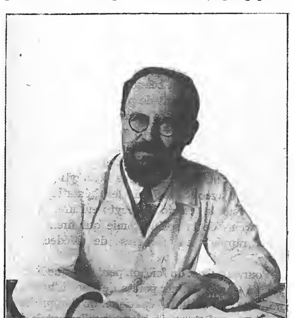
Fiessinger n'est pas de ces chercheurs qui s'isolent dans la fameuse tour d'ivoire. Il a le goût d'enseigner par la parole et par la plume et il y excelle. Il devait à son ascendance paternelle d'être un journaliste médical de talent et les articles d'excellente vulgarisation qu'il donne au *Journal des Praticiens* depuis de longues années ont aidé de nombreux médecins à mieux connaître leur art et à l'aimer davantage.

En prenant possession de la chaire de Pathologie expérimentale, Noël Fiessinger bénéficie d'un instrument de travail de premier ordre, je veux dire du laboratoire patiemment organisé par son prédécesseur le professeur Rathery. Avec les nouveaux moyens dont il dispose, son œuvre scientifique va prendre une nouvelle ampleur. En outre, ceux qui comme lui, ou comme moi, sont chargés de chaires à tendance scientifique, ont devant eux la tâche ardue d'intéresser les jeunes médecins aux travaux de laboratoire, si essentiels aux progrès de la médecine moderne. Tâche ardue, à un moment où les jeunes, pour de multiples causes, se détournent trop de la recherche pure et désintéressée. A essayer de remonter le courant, nous collaborerons, Fiessinger et moi, de toute notre foi et de toute notre amitié, en organisant dans nos laboratoires et nos services hospitaliers un enseignement méthodique des techniques modernes. Nous ne ménagerons pas notre peine et chacun aura le droit, en cas d'échec, de répéter le vers célèbre : « J'aurai du moins l'honneur de l'avoir entrepris ». Mais je me refuse à envisager cette hypothèse pessimiste et m'en voudrais de conclure par une parole de découragement et de scepticisme pour laquelle je n'aurais certes pas l'approbation de Fiessinger.

A. Baudouin.

## LE PROFESSEUR FERNAND LEMAITRE

La Faculté de médecine vient de choisir comme professeur de clinique oto-rhino-laryngologique le



Le professeur Fernand Lemaître.

Dr Lemaître, qui devient ainsi le plus jeune professeur de clinique de Paris.

La carrière de Fernand Lemaître, si bien tracée, est une de celles que l'on peut proposer comme modèle aux jeunes. Elle leur prouvera que le travail, la volonté, l'esprit d'organisation et de méthode, surtout la confiance en soi-même, basée sur une juste connaissance des possibilités de l'individu, sans fausse modestie, peuvent conduire aux plus hautes destinées médicales.

Nommé interne à son premier concours, Lemaître apprend les bases solides de la culture chirurgicale auprès des Pozzi et des Segond et trouve définitivement sa voie en devenant l'interne du professeur Sebileau.

La collaboration entre le grand anatomiste Pierre Sebileau, fondateur de l'École chirurgicale oto-rhino-laryngologique parisienne et Lemaître dura dix ans. La guerre seule, qui détruisit bien des choses, sépara le maître et l'élève, destiné à voler de ses propres ailes.

Pendant ces dix ans de travail à Lariboisière, Lemaître « se fait » chirurgien de la tête et du cou. Il comprend la signification de l'enseignement lumineux du professeur Sebileau : la spécialité ne doit pas se cantonner dans le travail des porte-cotons à travers les fosses nasales et les conduits auditifs. Elle rayonnera à distance. Elle s'affirmera chirurgicale. Et cette conception de vaste envergure n'empêchera nullement Lemaître de s'initier un des premiers à la broncho-œsophagoscopie, nouvelle-née chez nous, et aux techniques les plus minutieuses de l'oto-neurologie labyrinthique.

Nous voyons déjà paraître chez Lemaître cette belle curiosité scientifique, cette tournure d'esprit sensible à toute initiative nouvelle, cette compréhension claire et pratique de l'essentiel qui n'ont fait depuis que s'accentuer pour l'honneur de la laryngologie française.

En 1910, après un brillant concours — ceux qui eurent la joie d'y assister ne l'oublieront

## LES NOUVEAUX PROFESSEURS *(Suite)*

jamais, — il est nommé oto-laryngologiste des hôpitaux. Les services n'étaient pas nombreux alors, et tout en assurant la consultation spéciale de Bretonneau, le jeune chef put continuer à aider le maître Sebileau pour le plus grand bien des jeunes étudiants, si souvent désorientés dans un grand service, et auxquels sa bienveillance et son affabilité facilitèrent les premiers contacts avec l'oto-laryngologie.

La guerre arrive. Lemaître part à la tête d'une ambulance, mais, au bout de six mois, le Service de santé se rend compte de l'utilité des compétences : il charge Lemaître de créer un centre maxillo-facial à Vichy. C'est alors que l'esprit d'organisation, de méthode, d'initiative du jeune maître se donne libre carrière. N'est-il pas avant tout un réalisateur ? Prothèse, radiographie, chirurgie, spécialité pure, autant de compartiments bien ordonnés dont il prend la direction. Son centre devient le modèle de tous les centres semblables créés par la suite.

Lemaître comprit alors tout ce que la spécialité pouvait gagner à s'occuper des plaies de la face et des mâchoires. Il n'a jamais cessé depuis de s'intéresser activement aux « gueules cassées » qui le considèrent comme un de leurs bienfaiteurs. Le ministère des Pensions a demandé et obtenu la création, près du service de Lemaître à Saint-Louis, d'un centre des mutilés de la face. Ceux-ci continuent à recevoir de l'ancien médecin commandant Lemaître les soins qui leur avaient été prodigués pendant la guerre.

En effet, après la guerre, Lemaître crée de toutes pièces le merveilleux service de laryngologie de Saint-Louis, où pendant dix ans il enseigne leur métier à de nombreuses générations. Et toujours son esprit est ouvert à toute nouveauté susceptible de fournir ses preuves : c'est à Saint-Louis que l'on installe le premier *épiscope*, cet appareil qui capte et projette en couleurs, agrandi cinq fois, le champ d'opérations, et ceci dans une pièce contiguë à celle où l'on opère.

Mais la grande nouveauté d'après guerre, ce n'est pas une instrumentation, ce n'est pas un procédé opératoire (et nous nous en voudrions de ne pas citer ici son procédé « d'exclusion des méninges dans la cure chirurgicale des abcès cérébraux, procédé classique qui porte si justement son nom, mais nous ne pouvons ni ne voulons dans ce court article énumérer tous ses titres scientifiques), non, la nouveauté, c'est la foule des étrangers qui se presse dans son service, désireuse de s'instruire. A quarante ans Lemaître apprend l'anglais. Un an plus tard il organise dans son service un cours en langue anglaise ! Des maîtres en laryngologie anglais, américains, traversent qui la Manche, qui l'Océan pour contribuer à l'enseignement donné chez nous, en France, à des élèves « post graduates » accourus des universités de tous les pays! On vient s'instruire près de Lemaître, à Saint-Louis.

Mais Lemaître lui aussi veut s'instruire, développer encore le champ de ses connaissances pour mieux ensemencer celui de la spécialité française. A plusieurs reprises, il entreprend de grands voyages, invité par les universités étrangères, pour voir chez eux les Chevalier-Jackson, les Mayo, les Saint-Clair Thomsom, les Segura, et aussi pour porter la bonne parole scientifique non seulement en Amérique, au Canada, en Angleterre, mais en Argentine, au Brésil, au Pérou, au Chili !

Avec raison, la carrière de Lemaître, qui rayonne à l'étranger, s'élargit aussi en France. Un concours d'agrégation, le premier pour la spécialité en France, s'ouvre en 1923. Lemaître devient professeur agrégé et son enseignement s'intensifie encore.

Son activité ne se confine pas dans l'enseignement hospitalier. Il prend la direction d'un important périodique de la spécialité les *Archives Internationales de Laryngologie*. Il contribue à la rédaction des grands traités, écrit plusieurs chapitres sur les indications opératoires en spécialité dans le beau livre du regretté Lecène, sans compter de nombreux articles, rapports aux congrès, communications aux sociétés savantes !

Et malgré ce labeur acharné, jamais Lemaître ne semble las. Il aime le travail, le mouvement, l'activité, la lutte, mais il aime aussi le repos, la détente, le calme de sa belle propriété de Chennevières où chaque samedi il va chercher les forces nécessaires au travail de la semaine pour assurer un splendide équilibre et une inaltérable bonne humeur.

Enfin la chaire de larnygologie devient vacante par la cruelle et inexorable loi de l'âge. Le choix de la Faculté ne pouvait que ratifier le choix de tous, étudiants, étrangers, amis : Lemaître est désigné pour la chaire d'oto-laryngologie que le professeur Sebileau vient d'illustrer trop peu d'années au gré de ses élèves. Lemaître est promu très jeune. De nombreuses années lui permettront de développer, de réaliser les projets vastes et nombreux que son esprit fécond, si clair, si ouvert, si « français » forme chaque jour. De cela nous sommes certains, car plus qu'aucun de ses disciples, de ses amis, nous connaissons le cœur, la ténacité, la fidélité de Fernand Lemaître, aussi bien envers ceux qu'il a bien voulu élever jusqu'à lui qu'envers son idéal, un idéal très haut, et pourtant accessible.

Emile Halphen.

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 24 novembre 1931.*

**Hommage à M. Hayem.** — A l'occasion de son quatre-vingt-dixième anniversaire, M. le professeur Hayem a été l'objet, à l'hôpital Saint-Antoine, dans son ancien service, d'une manifestation de respect et d'affectueuse sympathie dont M. le professeur Bezançon s'est fait l'interprète.

En rendant compte à l'Académie de cette manifestation à laquelle il assistait, M. le président De Lapersonne salue à son tour son vénérable collègue et lui adresse les félicitations et les vœux de l'Académie.

M. le professeur Hayem, qu'un grand poète qualifia un jour de « vieillard juvénile », montre dans sa réponse qu'il mérite bien ce nom. Arrivé à une époque de sa vie où il a vu disparaître successivement ses parents, ses amis, ses meilleurs élèves, il se félicite d'avoir trouvé à l'Académie tant d'amitié et il remercie ses collègues de l'affection et de la vénération dont ils l'entourent.

**Rapport sur les épidémies en 1930.** — M. Lesné présente au nom de la Commission des épidémies le rapport sur les épidémies en 1930. Comme ses prédécesseurs, il déplore l'insuffisance des documents mis à la disposition de l'Académie et il fait des réserves sur la valeur de certains d'entre eux.

En 1930, on a signalé une recrudescence manifeste des maladies typhiques, de la diphtérie et de la poliomyélite antérieure aiguë. La rougeole paraît en augmentation, la scarlatine est stationnaire. La méningite cérébro-spinale est en diminution.

Une légère augmentation de la mélitococcie a été constatée dans le sud-est de la France.

En terminant, M. Lesné voudrait voir créer au ministère de l'hygiène, un centre de renseignements statistiques et épidémiologiques composé de compétences techniques éprouvées, capable de donner une direction et d'imposer son autorité aux préfets et au maire.

**Service des eaux minérales.** — M. Meillère lit un rapport sur les demandes d'autorisation de sources d'eaux minérales.

**La lutte anti-alcoolique.** — M. Sieur propose à l'Académie le vœu suivant :

« Emue par le nombre croissant des crimes commis par des alcooliques, et de plus en plus consciente des tares morales et physiques qui ont l'alcoolisme pour origine, l'Académie de médecine rappelle à nouveau l'attention des Pouvoirs publics sur l'urgence : 1° de réglementer la fabrication, la vente et la consommation de l'alcool et des divers produits plus spécialement connus sous le nom d'apéritifs ; 2° d'interdire formellement l'ouverture de nouveaux débits de boissons et de réduire progressivement le nombre de ceux qui existent à un chiffre en rapport avec les besoins de la population. »

Ce vœu est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. Chauffard, Sieur, Léon Bernard, Balthazard, Guillain et Lapicque.

**Note sur les rapports de la constitution chimique de l'urée avec le syndrome azotémique.** — MM. P. Merklen et H. Gounelle rappellent le tropisme sur les centres hypniques des radicaux qui forment la base des uréines, des uréides et des dérivés barbituriques. Ces derniers comportent dans leur constitution l'acide malonylurée, résultante de la combinaison de l'acide malonique avec l'urée. De cette action hypnogène du noyau uréique les auteurs rapprochent sur le terrain clinique la somnolence et la torpeur des azotémiques. Le radical urée fait en outre partie de l'architecture de la cryogénine, dont l'action hypothermisante n'est pas niable ; or au cours des néphrites la rétention uréique abaisse également la température. Ainsi l'urée ou ses dérivés seraient la cause directe de certains symptômes urémiques sans qu'il soit nécessaire d'incriminer d'autres corps.

Par ailleurs il est loisible de faire état des constatations de la clinique en vue de la question de la formule cyclique ou carbamide de l'urée. La propriété narcotique paraissant liée à des dérivés de l'urée carbamide et les dérivés de l'urée à formule cyclique ne possédant pas d'action hypnotique, elles plaident en faveur de l'urée carbamide.

**Importance du dépistage de la tuberculose dans les professions de l'alimentation.** — M. A. Feil attire l'attention sur la nécessité de dépister la tuberculose chez les travailleurs des professions qui touchent à l'alimentation. Il insiste particulièrement sur le métier, curieux, de gaveur de pigeons.

Si l'on connaît bien, en effet, les inconvénients du gavage de bouche à bec pour l'ouvrier gaveur qui peut s'inoculer certaines affections fréquemment observées chez le pigeon (diphtérie, aspergillose), il est un autre danger ignoré, c'est le risque que le gavage, tel qu'il est pratiqué, est susceptible de faire courir aux consommateurs. Un ouvrier gaveur tuberculeux, toussant, crachant des bacilles, ne peut-il garder dans la bouche quelques parcelles de crachats bacillifères, qui, projetées dans le jabot du pigeon, deviendront une source d'infection pour le consommateur ?

Pour conclure, l'auteur demande qu'il soit interdit d'employer dans la profession du gavage des pigeons, et, d'une façon générale, dans tous les métiers qui touchent à l'alimentation, des ouvriers suspects, ceux qui crachent et, à plus forte raison, tous ceux qui ont des lésions de tuberculose pulmonaire. Une surveillance médicale s'impose chez ces ouvriers sous la forme d'une visite médicale périodique, tous les trois à six mois, principalement au point de vue de l'état pulmonaire.

Autres communications :

**Sur un réactif permettant l'obtention facile des cristaux d'hémine et leur montage à partir des taches de sang.** — M. Gabriel Bertrand.

**Sur la nécessité de doser physiologiquement les préparations d'aconit.** — M. Goris.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

*Séance du 27 novembre 1931.*

**Ablation d'adénome parathyroïdien pour lésions diffuses du squelette avec décalcification évolutive, guérison.** — MM. Etienne May et J.-A. Lièvre présentent une nouvelle observation d'adénome parathyroïdien avec décalcification évolutive du squelette La maladie avait débuté, chez un homme de trente-cinq ans, par une crise de coliques néphrétiques ; de violentes douleurs osseuses, une fracture spontanée, des tuméfactions avaient révélé les lésions osseuses. Dix ans après le début

## SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

de la maladie, l'impotence était absolue, l'état général très mauvais ; la moindre pression sur les os, tout essai de mobilisation réveillaient d'intenses douleurs. La décalcification était telle que le bassin n'était plus visible sur les radiographies.

Les auteurs firent pratiquer l'exploration parathyroïdienne (Dr Moulonguet). Après ablation d'un adénome parathyroïdien, survint une tétanie grave, jugulée seulement par des injections intraveineuses massives de chlorure de calcium. Mais l'hypercalciurie avait disparu, le bilan calcique devenait positif ; bientôt s'améliorèrent tous les signes, cliniques, chimiques, électriques, radiologiques, de l'affection. Le malade, transformé au point de vue physique et moral, peut commencer à se mobiliser.

Les auteurs insistent sur l'importance des signes viscéraux et neuro-musculaires de la maladie, montrant la contingence du taux du calcium sanguin et l'importance primordiale du bilan calcique ; sur celui-ci on juge du caractère évolutif de la maladie et de la transformation du métabolisme apportée par l'opération.

**Sur l'emploi du sous-nitrate de bismuth et du kaolin.** — M. HAYEM rappelle les travaux qu'il a poursuivis depuis 1894 sur l'emploi thérapeutique du sous-nitrate de bismuth auquel il reconnaît une triple action : analgésique, hémostatique et antiseptique.

Actuellement M. Hayem ordonne 20 grammes par jour d'un mélange contenant un quart de sous-nitrate de bismuth et trois quarts de kaolin. Cette dose est prescrite en une seule fois le matin à jeun en cas d'ulcère gastrique ; en deux fois, avant chaque repas, en cas de diarrhée prandiale ; en trois fois en cas d'entérite subaiguë.

M. CLAUDE se fait l'interprète de la société pour féliciter M. Hayem et lui offrir les vœux de tous ses collègues

**Un cas de méningite séro-purulente primitive à gonocoques.** — MM. P. EMILE-WEIL, DUCHON et BERTRAND rapportent un cas de méningite primitive séro-purulente gonococcique, d'évolution grave, qui dura deux mois et finit par la guérison. La ponction lombaire montra un liquide céphalo-rachidien trouble, renfermant des polynucléaires mais pas de microbes à l'examen direct. La culture permit d'en retirer un diplocoque en grain de café, Gram-négatif ; c'était non une méningocoque, mais un gonocoque, comme le prouvèrent les caractères morphologiques et chimiques des cultures, les diverses réactions biologiques des humeurs et la thérapeutique. La guérison fut obtenue par un autolysat vaccin, fait en partant du germe rachidien, alors que le malade cachectique commençait à présenter des escarres.

A ce propos, les auteurs passent en revue les rares observations de méningite primitive gonococcique qu'on trouve dans la littérature. La difficulté de poser le diagnostic étiologique de telles méningites permet de penser qu'elles restent souvent inconnues. Il convient donc de s'efforcer de faire à la gonococcie la part à laquelle elle a droit dans la pathologie des méninges. Pour cela, il faut : *a*) rechercher l'existence d'états méningés, même frustes au cours de la blennorragie et du rhumatisme hémorragique ; *b*) s'efforcer de caractériser ces états par la culture et l'examen du liquide céphalo-rachidien, la gono-réaction et les épreuves thérapeutiques.

**Agranulocytose bismuthique.** — MM. SÉZARY et BOUCHER rapportent un cas d'agranulocytose bismuthique remarquable par son étiologie. L'intoxication bismuthique était due à l'usage prolongé pendant trois ans de suppositoires contenant ce métal, et celui-ci avait été absorbé à la faveur de saignements quasi permanents des hémorroïdes sur lesquelles ils étaient appliqués. Après une stomatite bismuthique typique, le malade eut une agranulocytose (10 p. 100 de leucocytes granuleux dans le sang) accompagnée d'anémie et d'hémorragies et contre laquelle trois transfusions demeurèrent inutiles.

Les auteurs sinsitent sur l'étiologie insolite de ce cas et pensent que l'intoxication bismuthique a provoqué ce syndrome non seulement à cause de sa longue durée, mais encore et surtout en raison de l'état général antérieur précaire du malade et peut-être aussi du long séjour qu'il avait fait plusieurs années auparavant dans une usine où il respirait des vapeurs de benzol.

### SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

*Séance du 14 novembre 1931.*

**Modifications provoquées sur la pression artérielle, chez l'homme, par une douleur violente et brève** — M. H. BUSQUET a pris comme type de douleur violente et brève celle que provoque l'incision d'un panaris ou une avulsion dentaire sans anesthésie locale ni générale. La réaction tensionnelle, observée chez 60 sujets, permet de les classer en trois catégories. Chez certains, on n'observe aucune modification de la pression ; dans la majorité des cas, la pression s'élève ; exceptionnellement, elle baisse.

Ces résultats peuvent s'interpréter facilement si on se rappelle que, chez l'animal, l'excitation forte d'un nerf sensitif produit deux réflexes concomitants : une vasoconstriction et une inhibition cardiaque. L'absence d'élévation de la pression, chez les sujets de la première catégorie, est due au fait qu'un ralentissement cardiaque révélé par l'inspection de l'aiguille sphygmométrique compense l'effet à tendance hypertensive de la contraction des vaisseaux. Chez les sujets de la deuxième catégorie, l'action vaso-constrictive existe seule ou prédomine. Chez ceux de la troisième catégorie, l'action cardio-inhibitrice l'emporte sur l'action vaso-constrictive et la pression baisse.

Envisagée au point de vue de la pratique médicale, les résultats obtenus montrent que les douleurs violentes et brèves ne troublent d'une manière ni profonde ni durable le régime circulatoire. Les élévations ou les chutes de pression ne dépassent guère 4 centimètres de mercure et ne se prolongent pas au delà de trois ou quatre minutes après l'excitation douloureuse.

**Sucre protéidique chez le chien soumis au jeûne.** — MM. BIERRY, F. RATHERY et Mlle YV. LAURENT, chez les chiens soumis au jeûne prolongé, ont pu constater une élévation considérable du taux du sucre protéidique, qui peut devenir trois fois supérieur à celui du sucre libre.

Si on administre du glucose aux chiens soumis préalablement au jeûne, on constate dans les heures suivantes des variations importantes du taux du sucre protéidique, dans le sang des veines sus-hépatique et porte et dans le sang artériel. Ces faits viennent souligner encore l'importance du sucre protéidique dans le cycle évolutif de la matière sucrée à travers l'organisme.

# SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

**Amylose expérimentale et perturbation de l'équilibre protéidémique chez le chien par injections intraveineuses de caséinate de soude.** — MM. CH. ACHARD, M. BARIÉTY, A. CODOUNIS et E. HADJIGEORGES ont provoqué, sur cinq chiens mis en expérience, une fois une amylose nette du foie et surtout de la rate, une fois une amylose discrète de la rate.

Les auteurs soulignent l'intérêt que présente la courbe de la globulinémie. Cette courbe est régulièrement ascendante pour les animaux à l'autopsie desquels on ne trouve pas d'amylose. Au contraire, chez les chiens qui font de l'amylose, la courbe montre une chute de la globulinémie après une élévation momentanée.

On peut donc soulever l'hypothèse d'une relation chimique entre la globuline et la substance amyloïde. Mais, dans l'amyloïdogenèse, le rôle des facteurs tissulaires locaux est sans doute très important.

**Les variations du taux du phosphore sanguin sous l'influence de l'absorption d'acide phosphorique chez l'homme.** — MM. MARCEL LABBÉ, M. FABRYKANT et C. ZAMFIR ont constaté que l'absorption de 60 gouttes d'acide phosphorique par un sujet normal détermine en l'espace d'une heure une élévation du phosphore minéral sanguin dont l'ampleur varie d'un sujet à l'autre. Chez les diabétiques, les réactions sont moins nettes et, d'une façon générale, irrégulières. L'absorption d'une quantité plus forte d'acide phosphorique peut entraîner également une élévation du phosphore total. Quant à la réserve alcaline, les auteurs n'ont pu déceler aucun rapport entre les variations de celle-ci et celles de la phosphatémie, consécutives à l'absorption d'acide phosphorique.

**Le phosphore sanguin dans le diabète.** — MM. MARCEL LABBÉ et M. FABRIKANT ont trouvé dans le diabète sans dénutrition, d'une façon générale, des valeurs approximativement normales du phosphore sanguin. Toutefois, dans certains cas, ils ont constaté l'augmentation du phosphore total due aux chiffres élevés du phosphore organique lipidique et non lipidique, rarement des modifications du phosphore minéral. Dans le diabète avec dénutrition, le trouble du métabolisme phosphoré est profond et se révèle par des modifications accusées du phosphore sanguin, qui peuvent toutefois varier dans les deux sens (augmentation ou diminution). Pour préciser ce trouble, il est indispensable de suivre l'évolution du phosphore chez un malade en examinant celui-ci à plusieurs reprises et à des périodes différentes.

**Morphologie du pneumocoque.** — M. PAUL BORDET rapporte que l'examen au microscope d'une goutte pendante d'une culture de pneumocoque en sérum de lapin y révèle la présence, à côté de nombreux diplocoques, de gros éléments arrondis en forme de sphérules groupées en amas. Par la méthode de Laveran, et par les colorants neutres en général, ces sphérules apparaissent colorées en rouge ; elles sont de dimensions très variables et le plus souvent réunies en amas volumineux par une gangue teinte en bleu ; leur structure intérieure est granuleuse. Elles n'apparaissent pas en sérum de cobaye ou de souris, ni dans les milieux usuels dépourvus de sérum ; le sérum de lapin chauffé à 56° et le sérum de lapin vacciné contre le pneumocoque sont également impropres à leur production.

**Propriétés biochimiques du pneumocoque en rapport avec l'immunité.** — M. PAUL BORDET signale que la culture du pneumocoque, très acide en sérum de lapin et de souris, l'est à peine en sérum de cobaye ; or, le pneumocoque, très virulent pour le lapin et la souris, l'est, on le sait, beaucoup moins à l'égard du cobaye. D'autre part, la culture de ce microbe n'acidifie que faiblement le sérum de lapin vacciné. Il semble donc exister une certaine corrélation entre l'aptitude du pneumocoque à acidifier le sérum dans lequel il cultive et sa virulence vis-à-vis de l'animal qui fournit ce sérum. L'étude chimique poursuivie indiquera si la présence d'anticorps a pour effet de réduire uniformément le métabolisme du pneumocoque, ou si elle gêne plus particulièrement tel processus défini de la nutrition microbienne.

**Sur la question d'une antitoxine diphtérique aprotidique.** — M. L. VELLUZ, en suivant dans tous ses détails la technique indiquée par SALHOWSKI (1922), n'a pu obtenir, comme cet auteur, une antitoxine diphtérique dépourvue de matières protéiques. Il est certes possible de modifier la méthode en vue d'obtenir une antitoxine apparemment dépourvue d'albumines. Mais il existe dans ce cas une disproportion telle entre le titre antitoxique primitif et le titre final qu'il est plus logique d'admettre que ce sont les tests de recherche des protides qui se trouvent en défaut par suite de l'extrême dilution.

**Isolement d'un bacille du type aviaire des lésions et du sang d'un tuberculeux lupique.** — MM. A. SAENZ et R. GUERRA ont réussi à mettre en évidence dans le sang et dans les lésions d'un malade atteint de lupus tuberculeux, un bacille acido-résistant qu'ils identifient au bacille aviaire. Ce bacille offre cette particularité de se dissocier spontanément en colonies R et en colonies S. Il est très pathogène pour la poule et le lapin, et très peu pathogène pour le cobaye : chez la poule, il provoque une tuberculose viscérale rapidement mortelle ; inoculé par voie veineuse à dose élevée, il tue le lapin en quinze à dix-huit jours en produisant une tuberculose du type Yersin.

**Essais d'exaltation de la virulence du BCG. chez le cobaye infecté par le Streptococcus Cavix.**—MM. J. MOREAU et A. TORTORELLA ont vu que le *S. Cavix*, très pathogène pour le cobaye, produit, lorsqu'il est inoculé à petites doses, une infection chronique d'évolution lente. Contrairement aux affirmations d'Hormaeche et Mackinnon, le BCG inoculé à des cobayes porteurs de cette infection chronique conserve le même degré d'atténuation que le BCG inoculé à des cobayes normaux. En aucun cas, ils n'ont pu observer, au cours de leurs passages, la moindre augmentation de la virulence de ce bacille-vaccin. Leurs constatations concordent exactement, sur ce point, avec celles de Nélis et de A. Saenz.

**Quelques cas de cataracte survenue chez des lapins immunisés ou en cours d'immunisation contre le virus herpétique.** — M. S. NICALAU et Mme L. KOPCIOWSKA admettent une relation de cause à effet entre la maladie herpétique du lapin et ces cas de cataracte. Il peut s'agir d'un trouble trophique occasionné par les lésions profondes du système nerveux dues au processus infectieux, ou d'une localisation du virus herpétique au niveau du cristallin. Quoiqu'il en soit, il est intéressant de constater qu'il peut exister des cataractes ayant à leur origine un processus infectieux du système nerveux.

**Elections.** — M. SIMONNET est élu par 45 voix, membre titulaire de la Société de biologie.

F.-P. MERKLEN.

# REVUE DES CONGRÈS

## VI^e CONGRÈS INTERNATIONAL DES ACCIDENTS ET DES MALADIES DU TRAVAIL

*Genève, 3-8 août 1931.*

### B. — MALADIES DU TRAVAIL.

### Les affections cutanées en relation avec le travail.

Rapport de M. Prosser WHITE (Grande-Bretagne).

Il existe trois groupes de causes d'irritation :

1° Causes indirectes agissant par leur action physico-chimique ;

2° Causes secondaires ;

3° Causes indirectes qui n'agissent que sur les sujets prédisposés.

Après avoir rappelé les modifications physico-chimiques que provoquent au niveau de la peau les produits industriels, et montré l'importance de l'hydrolyse et de la coagulation, l'auteur remarque que ces processus sont employés dans l'industrie du cuir. Il suggère que l'étude des principes du tannage scientifique moderne peut être d'un grand secours pour comprendre le mécanisme de certaines dermatoses artificielles.

L'industrie du tannage n'emploie que la peau morte. L'auteur étudie en détail l'influence de l'excitation des terminaisons nerveuses réagissant sur l'irrigation de la peau et donnant lieu soit à un érythème, soit à une nécrose.

L'auteur admet l'allergie. Il proteste contre la facilité avec laquelle les cas d'eczéma sont admis comme professionnels, alors qu'il s'agit d'intoxication interne ou d'irritation externe sans rapport avec le travail.

Rapport de M. KŒLSCH (Allemagne).

Les dermites professionnelles aiguës doivent être considérées comme des accidents du travail et indemnisées comme telles. Il en est ainsi, par exemple, pour les manifestations du charbon cutané. Parmi les dermatoses chroniques professionnelles, l'eczéma chronique récidivant est le plus important. L'auteur pense que l'on pourrait indemniser les cas d'eczéma chronique professionnel durant plus de six mois ou récidivant plusieurs fois pendant ce laps de temps.

Parmi les affections cutanées chroniques professionnelles, il est surtout nécessaire de réparer les dommages provoqués par l'énergie radiante (rayons X, radium, mésothorium), ainsi que le cancer professionnel de la peau. Le diagnostic de ces affections s'impose le plus souvent.

Rapport de M. OPPENHEIM (Autriche).

Pour établir une classification scientifique, on devrait se fonder sur les causes des dermatoses, mais cette classification n'est pas toujours possible ; on est obligé d'adopter une division à la fois clinique et étiologique. Voici celle que propose le rapporteur :

1° Lésions d'origine physique (chaleur, froid, électricité, lumière, radium, rayons X) ; 2° lésions d'origine chimique, (acide, alcalin, sels, produits chimiques, eau) ; 3° brûlures ; 4° maladies des glandes sudoripares et sébacées ; 5° maladies des ongles, cheveux, etc. ; 6° lésions du pigment et du tissu conjonctif ; 7° tumeurs bénignes et malignes ; 8° infections.

La cause de la lésion cutanée est précise pour les groupements 1, 2 et 8. Le groupe 3 doit être considéré comme se composant d'affections par hypersensibilité et de maladies par exposition. En ce qui concerne les groupes 5, 6 et 7, la prédisposition joue un rôle très important. Pour le groupe 4, tous les facteurs sont à considérer.

Ce qui rend difficile une classification uniforme, c'est qu'une seule substance peut produire les affections cutanées les plus diverses ; de même des substances très différentes sont capables de donner naissance à des lésions semblables, impossibles à distinguer cliniquement. La technique suivant laquelle est exécuté le travail constitue d'ailleurs un facteur étiologique important.

### *Discussions.*

M. RAMEL (Lausanne). — Lorsque la médecine des accidents professionnels était à ses débuts, on crut reconnaître une symptomatologie spécifique à chaque intoxication professionnelle. En fait, on a abusé du principe de causalité. Comme l'a montré la méthode expérimentale, l'eczéma n'est qu'une réaction cutanée envers des antigènes divers. Il faut distinguer :

Les dermatoses toxiques proprement dites ;

Les dermatoses de sensibilisation (eczéma professionnel) ;

Le biotropisme.

Un même corps peut donner les trois réactions ; c'est ainsi que tel dérivé du mercure peut produire une nécrose toxique, un eczéma idiosyncrasique et une stomatite fuso-spirillaire.

Ramel classe donc les dermatoses professionnelles en trois groupes :

I. *Les dermatoses professionnelles par action directe d'un facteur pathogénique exogène* :

*a.* Traumatismes physico-chimiques comprenant d'une part les brûlures, les gelures, les plaies par instrument tranchant ou contondant, les broyages mécaniques ; puis les lésions caustiques d'origine chimique (acide phénique, chlore, acide picrique, etc.).

*b.* Eczémas paratraumatiques (exemple : oïdiomycoses eczématogènes post-traumatiques).

*c.* Processus néoplasiques locaux post-traumatiques

*d.* Inoculations post-traumatiques de maladies infectieuses (tuberculose verruqueuse, érysipèle, rouget du porc, etc.).

II. *Les dermatoses professionnelles, procédant d'une hypersensibilité allergique* (eczémas professionnels dus au ciment, au nickel).

III. *Les effets directs des traumatismes physico-chimiques survenant durant le travail.* — Ces effets directs agissant par le réveil du microbisme latent dans l'organisme touché, ne sont que l'expression du biotropisme. Ils sont démontrés entre autres par le zona consécutif aux intoxications arsenicales. De même la tuberculose et la syphilis post-traumatiques d'origine endogène jouent ici un rôle très important.

M. SULZBERGER (New-York). — Les « patch-tests » (réaction de Jadassohn et Bloch) sont les meilleurs moyens que l'on possède actuellement pour reconnaître

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

les eczémas professionnels. L'auteur, au « Post Graduate Hospital », a réussi à déterminer la cause des eczémas dans plus du tiers des cas.

M. JADASSOHN (Zurich) insiste sur le fait que le test, pour avoir de la valeur, doit donner une réaction eczémateuse, et non pas seulement une réaction urticarienne.

### *Communications.*

M. RANELETTI (Rome). — **L'acné chlorique professionnelle.** — A propos de cinq cas d'acné chlorique observés dans une fabrique de chlore électrolytique, l'auteur résume la controverse pathogénique relative à cette affection. Pour lui, l'agent étiologique est bien le chlore, et non un dérivé du goudron. L'action n'est pas externe mais interne, due à l'élimination par les glandes sébacées. comme dans l'acné médicamenteuse.

Des causes prédisposantes (irritant les glandes sébacées) peuvent surajouter leur action.

M. RAMEL (Lausanne). — **Pathogenèse des eczémas professionnels.** — Les eczémas professionnels procèdent d'une sensibilisation allergique, manifestée par l'action réciproque d'un antigène spécifique avec ses anticorps correspondants de siège cutané. Ils traduisent par définition une réaction cutanée, susceptible d'être produite à volonté sur la peau saine, mais sensibilisée, au moyen de tests eczématogènes selon la technique pratiquée par Jadassohn et Bloch. La simple application sur la peau saine pendant vingt-quatre heures de la substance eczématogène incriminée (antigène) produit dans les cas positifs une dermite érythémoto-vésiculeuse localisée présentant tous les caractères de l'eczéma.

En fait, les tests eczématogènes, appliqués au diagnostic des eczémas professionnels, n'ont pas toujours donné jusqu'ici les résultats positifs qu'on pouvait en attendre *a priori*. Ainsi Steiner ne trouve de résultats positifs que dans une proportion de 12,5 p. 100 et Oppenheim conclut au rôle secondaire de la sensibilisation spécifique dans la genèse des eczémas professionnels, qu'il sépare pour cette raison des eczémas vrais. Il insiste sur l'importance des facteurs physico-chimiques qui agissent au cours du travail à la façon d'un *locus minoris resistentiæ* sur les téguments exposés. C'est ainsi que les tests eczématogènes, trouvés négatifs de prime abord, donnent un résultat positif si, au lieu d'appliquer la substance sensibilisante sur la peau saine, on a soin de la traumatiser au préalable (test eczématogène scarifié). D'autre part, l'application du test eczématogène à proximité immédiate de lésions eczémateuses a donné souvent un résultat positif, alors que le même test, éprouvé dans une région très éloignée des mêmes placards, restait négatif.

Toutefois il est des eczémas professionnels pour lesquels les recherches les plus minutieuses n'ont découvert jusqu'ici aucune substance sensibilisante de nature chimique susceptible d'expliquer la genèse de la dermite ; on pourrait être tenté d'exclure ces cas du domaine de l'eczéma pour les considérer comme de simples dermites d'irritation. En réalité il s'agit, en l'occurrence, d'eczémas microbiens (oïdiomycètes) développés sur les téguments traumatisés.

La législature suisse actuelle a établi une liste officielle de substances nocives, dont les conséquences sont indemnisées. Il ne s'agit que d'une liste provisoire, car la loi laisse au Conseil fédéral la faculté de modifier la liste. Néanmoins cette liste est gênante, car limitative.

M. JEAGER (Zurich). — **L'eczéma professionnel et la Caisse nationale suisse d'assurance.** — De 1922 à 1929, 2 760 cas d'affections cutanées ont été indemnisées, soit 6 p. 1 000 de tous les accidents déclarés. Il existe 80 substances déclarées comme donnant des affections graves. D'ailleurs la Caisse admet même les cas n'étant pas portés sur la liste officielle, à condition que l'ouvrier ne donne pas l'impression d'abuser.

M. TELEKY (Dusseldorf). — **L'eczéma professionnel.** — Quoiqu'il s'agisse d'un problème difficile, il est nécessaire de réaliser l'assurance de l'eczéma professionnel. Il n'existe pas d'affection forçant à changer de profession aussi souvent que l'eczéma. Ce dernier est fréquent chez les boulangers : 5 sur 21 sont atteints. En Allemagne, le problème est complexe du fait de l'existence d'une liste officielle restreinte. L'auteur propose d'accorder une rente temporaire permettant d'apprendre une autre profession.

M. BETTAZZI. — **Dermite et cancer par le goudron.** — Dermites et cancers de la peau chez les ouvriers des usines à gaz, des distilleries du goudron et sous-produits.

M. L. HOFFMAN (San Francisco). — **Le cancer dans les diverses professions.** — Revue des grandes publications et statistiques de 1892 à 1929 ; statistiques de l'auteur qui s'étendent sur une période de huit ans, de 1920 à 1928.

## Pathologie des ouvriers du ciment et des pierres artificielles.

Rapport de M. AGASSE-LAFONT (Paris).

1° *Troubles morbides d'origine toxique.* — Il ne semble pas qu'on ait à les redouter pour les ciments vrais aucun élément toxique n'entre dans leur composition. Rappelons cependant le danger éventuel des gaz toxiques et malodorants émanés des fours (oxyde de carbone, anhydrides sulfureux et sulfurique, etc.).

Quant aux pierres artificielles, elles peuvent entraîner la manipulation de toxiques plus ou moins violents, introduits dans la composition de certaines d'entre elles, en particulier comme colorants (plomb, arsenic, mercure, etc.).

2° *Troubles morbides d'origine infectieuse.* — Il semble en réalité qu'ils ne doivent se présenter que comme des faits exceptionnels et isolés.

3° *Troubles morbides d'origine caustique.* — En ce qui concerne les ciments, on a surtout insisté sur la causticité de la chaux pour expliquer les lésions cutanées assez souvent attribuées à leur contact. En réalité, il convient de préciser que la chaux est au nombre des éléments utilisés pour fabriquer les ciments, mais que les ciments vrais une fois constitués, en poudre et secs, n'en renferment que des quantités minimes à l'état libre. Ils ont cependant une action caustique sur les tissus avec lesquels ils entrent en contact prolongé, peau et muqueuse : mais c'est du fait de l'alcalinité surtout des silicates, aluminates et silico-aluminates qui les constituent, et accessoirement de la petite quantité de chaux préexistante ou libérée au moment du gâchage, en même temps

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

que de l'élévation de température qui se produit au moment de cette opération.

Pour les pierres artificielles, l'action caustique peut être due à l'emploi de la chaux, des chlorures de calcium, de magnésium, de zinc, d'étain, du goudron, de l'ammoniaque, de la soude caustique, des acides sulfurique et chlorhydrique, etc.

4° *Troubles morbides d'origine mécanique.* — L'action nocive peut enfin être d'origine purement mécanique, par traumatisme de la peau et des muqueuses. Pour les ciments, cette action est due éventuellement aux poussières de calcaire et d'argile traitées à sec pour les fabriquer, et à celles des silicates, aluminates et silicoaluminates qui constituent les ciments fabriqués.

Remarque importante : comme pour toutes les questions d'hygiène industrielle, pour juger de la valeur exacte des documents que l'on utilise, il convient de tenir le plus grand compte de leur origine et de la date où ils ont été recueillis.

C'est ainsi qu'actuellement la grande extension prise par l'emploi des pierres artificielles (faux marbres, etc.) doit faire craindre que le désir d'en augmenter les variétés et l'agrément, en vue de l'ornementation, incite les industriels à faire appel de plus en plus aux colorants toxiques, dont l'usage était autrefois presque ignoré dans cette branche de l'industrie.

Au contraire, en ce qui concerne les ciments, le perfectionnement de la technique de fabrication permet d'espérer la disparition de leur nocivité.

Rapport de M. Van Bemmel (Pays-Bas).

1° L'examen des malades confirme l'opinion générale suivante : « Les atteintes de la santé par le fait des poussières de ciment sont faibles ».

2° La protection efficace des travailleurs du ciment ne doit pas être cherchée dans des mesures individuelles de protection, mais dans une méthode de travail techniquement et hygiéniquement rationnelle.

Rapport de MM. Glibert et Langelez (Belgique).

1° Le travail dans les cimenteries n'affecte pas, de façon appréciable, l'état de santé générale des ouvriers.

2° Les cas d'affections pulmonaires tuberculeuses sont l'infime exception.

3° Il n'est pas permis de conclure à l'existence de troubles respiratoires dus à l'inhalation des poussières, les troubles constatés étant aussi bien ceux d'affections *a frigore.*

Rapport de M. Jötten (Allemagne).

L'auteur note uniquement une augmentation des maladies aiguës des voies respiratoires (notamment de la bronchite) sans augmentation de la mortalité générale. La tuberculose pulmonaire n'a pas montré d'augmentation de chiffres. Les pneumoconioses ont été relevées en petit nombre ; elles n'apparaissent qu'après de nombreuses années ; ces pneumoconioses se distinguent nettement, au point de vue radiologique, de l'image typique de la silicose (poumon en grenaille de plomb) et n'entraînent pour ainsi dire pas d'incapacité de travail.

Il n'existe pas de lésions de l'appareil respiratoire chez les travailleurs de la brique pure ; les lésions ne s'installent que quand on ajoute à l'argile pure, au cours de la fabrication, du sable quartzeux, ou du schiste argileux. On peut trouver alors chez cette catégorie de travailleurs de la tuberculose pulmonaire et de la silicose.

Parmi les poussières qui se dégagent de la fabrication des terres réfractaires, le quartz, la silice, la pierre dinas et le ganister semblent être particulièrement nocifs pour le poumon.

Rapport de M. Russel.

L'auteur présente des tableaux statistiques : les uns indiquent la proportion de silice contenue dans la poussière du ciment; les autres, le pourcentage des maladies observées chez les cimentiers. Celles-ci sont principalement les maladies de la peau, les bronchites, le rhumatisme, la grippe, les lésions des oreilles et des yeux, du pharynx et des fosses nasales. Les affections pulmonaires sont plutôt rares. La pneumoconiose est l'exception, les signes en sont très atténués, on la décèle seulement par l'examen aux rayons X. La tuberculose pulmonaire non plus n'est pas fréquente ; on n'a constaté que 21 cas de tuberculose perceptible sur 570 sujets examinés et, sur les 21 cas, 2 seulement étaient des formes évolutives.

## *Discussions.*

M. Ramel (Lausanne). — Le ciment est rarement une cause de troubles internes, mais il joue un rôle dans la genèse des dermites professionnelles. En Suisse tout au moins, les dermites du ciment constituent le quart environ (775) de l'ensemble des dermites professionnelles (3 060). Ces dermites se développent pour une part à la faveur des traumatismes minimes subis par les maçons. L'action du ciment (étudiée par les tests) n'est pas tant une action toxique qu'une action de sensibilisation.

M. Askanazy (Genève), dans les cas qu'il a autopsiés, n'a jamais trouvé de tuberculose dans les cas où la silicose était nette. La mort était due à une hypertrophie du cœur droit. La raison pour laquelle une partie seulement des ouvriers est atteinte est expliquée par les travaux de Schriddes sur la prolifération du tissu conjonctif. D'autre part, le fait que l'on envisage maintenant la silice colloïdale comme cause principale explique pourquoi dans une grande quantité de scléroses on ne trouve pas de poussières au microscope.

## *Communications*

MM. Quarelli et Boidi Trotti. — **Contribution à l'étude de la pneumoconiose lors du polissage sur émail des objets en acier.** — Les auteurs en ont étudié les rapports avec la tuberculose. Ils ont examiné deux générations : la plus ancienne fournit un contingent plus fort de tuberculeux. Cette différence est due à l'amélioration de l'hygiène.

M. Devoto est du même avis : du fait de l'hygiène, la tuberculose et l'alcoolisme sont en diminution.

M. Manuel de Vasconcellos (Lisbonne). — **Les**

**lésions oculaires dues au ciment.** — L'auteur attire l'attention sur certaines conjonctivites et blépharites chez les ouvriers en ciment ; l'empaquetage serait le moment le plus dangereux.

M. Coutela (Paris). — **Lésions cornéennes consécutives à la projection de ciment à la surface des yeux.** — La gravité de l'évolution contraste avec l'apparente bénignité des lésions constatées sitôt après l'accident. C'est là d'ailleurs une règle générale concernant les brûlures cornéennes dues aux caustiques.

M. Jaeger (Zurich). — **Eczéma des maçons.** — C'est une affection très fréquente en Suisse. L'auteur admet l'irritation spécifique de la peau par le ciment.

MM. F. Heim de Balsac, E. Agasse-Lafont et A. Feil (Paris). — **Enquêtes récentes dans les fabriques de ciment artificiel.** — Les auteurs ont rencontré, dans des proportions encore assez fortes, les diverses manifestations cutanées signalées dans cette profession, éruptions prurigineuses (gale du ciment), et surtout eczéma, etc., altération non érosive de la pulpe des doigts, et parfois lésions tuberculeuses rappelant le pigeonneau.

L'atteinte des voies respiratoires est fréquente. Il en est de même de l'inflammation de la muqueuse nasale, avec épistaxis récidivantes. Les lésions oculaires, assez rares, sont dues à la projection accidentelle de poussières de ciment dans l'œil, et guérissent en général rapidement par le traitement immédiat. Sur l'ensemble des cas de mort, la tuberculose est relevée dans la proportion de 15 p. 100.

C'est parmi les ouvriers de l'ensachage et du triage des sacs, déjà utilisés et réexpédiés vides à l'usine pour un nouvel usage, que les différents troubles morbides sont le plus souvent constatés.

Malgré la fréquence relative de ces troubles, il est à noter qu'ils sont en général peu accentués; que, d'autre part, on voit diminuer progressivement, par les perfectionnements de technique, les causes qui les provoquent. C'est ainsi que l'emploi des sacs en papier, imperméables et utilisés une seule fois, se généralise de plus en plus : il y a là un moyen puissant de diminuer le danger de contact avec les poussières.

M. Feil (Paris) — **Ciment et tuberculose. La poussière de ciment prédispose-t-elle à la tuberculose pulmonaire?** — Les ouvriers présentent en assez forte proportion des lésions irritatives des premières voies respiratoires qui les font tousser et cracher, mais peu sont atteints de lésions pulmonaires graves. La tuberculose est rare ; la poussière de ciment n'y prédispose pas.

M. Trivino (Madrid). — **Les maladies respiratoires causées par l'inhalation de poussières** : fréquence des rhinites, stomatites, pharyngites, laryngites, bronchites, asthme, emphysème.

MM. Caruri et Pignatari (Naples). — **Le système endothélial du poumon dans la pneumoconiose expérimentale du poumon.** — Les auteurs exposent leurs recherches expérimentales sur le système réticulo-endothélial du poumon dans les pneumoconioses provoquées chez les lapins avec le ciment contenant 15,6 p. 100 de $SiO^2$.

MM. Teleky et Lochtkemper. — **Recherches nouvelles sur les poussières pulmonaires.** — L'éclosion d'une pneumoconiose est conditionnée par la quantité de poussière présente dans l'air, par la teneur en quartz, et par la durée du séjour dans le milieu poussiéreux. La forme grave de la pneumoconiose, à l'exception de l'asbestose, n'est due qu'à l'inhalation de poussières contenant de la silice. Toutefois la présence de poussière d'autre nature ne diminue ni n'accentue l'action nocive de la silice.

M. Zanelli (Bologne). — **La pneumoconiose professionnelle ignorée.** — L'examen radiologique révèle des altérations pneumoconiotiques d'origine professionnelle chez les personnes qui n'accusaient aucun trouble fonctionnel.

Mierzecki. — **Stigmates professionnels chez les aides maçons.** — Chez huit porteurs de briques, certaines altérations de la peau étaient en rapport avec leur métier.

M. Alf. Gaetano Croce. — **Les affections cutanées en rapport avec le travail des cimentiers.** — Les dermites chez les cimentiers sont d'autant plus graves que le ciment est mélangé à la chaux, même éteinte. Cette dermite est une maladie professionnelle et non un accident.

## Réceptivité de l'organisme aux substances toxiques utilisées dans l'industrie.

Rapport de M. Devoto (Italie).

L'intoxication professionnelle se produit de préférence chez :

Les jeunes ouvriers qui débutent dans le métier dangereux ;

Les personnes âgées ;

Les femmes du fait de la maternité.

Cette règle souffre beaucoup d'exceptions. La clinique du travail de Milan possède les observations de jeunes sujets (sept à huit ans), de personnes âgées, de femmes qui ont été en contact avec le plomb et n'ont jamais cependant présenté de manifestations saturnines.

La même remarque peut être faite au sujet des altérations de l'appareil respiratoire qui prédisposent, comme l'ont montré Devoto et Aiello, à l'intoxication par le plomb et le mercure. Or on peut voir des sujets porteurs d'affections pulmonaires ou cardio-vasculaires qui ne présentent cependant aucun signe de saturnisme ou d'hydrargyrisme. Par contre, on peut voir apparaître une intoxication professionnelle chez des individus robustes, sans tare, sans antécédents pathologiques, qui prennent des soins hygiéniques. On est en droit de parler en ce cas de réceptivité individuelle.

Il y a des sujets qui, par moments, ne sont pas réceptifs ou le sont moins ; peut-être existe-t-il dans leur organisme des moyens de protection ou de défense, grâce auxquels la substance toxique est fixée, combinée, neutralisée ou plus rapidement éliminée ou résorbée.

Rapport de M. Giovanni Mauro (Italie).

Les conditions de moindre résistance organique peuvent jouer un certain rôle dans l'éclosion des manifestations morbides ; d'où la nécessité des mesures de sélection ouvrière quand il s'agit d'industries qui utilisent des substances toxiques. Mais ce sont les conditions hygiéniques qui représentent la base fondamentale pour supprimer dans l'industrie le danger de l'intoxication professionnelle.

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Rapport de M. GELMAN (U. R. S. S.).

L'auteur étudie surtout l'action du benzène sur l'organisme féminin. Les conclusions sont les suivantes :

1° Moindre résistance des jeunes gens à l'action du benzène ;

2° Moindre capacité de résistance des personnes atteintes d'anémie ;

3° Réactions de nature hystérique chez les femmes, comme réponse à l'action toxique qui trouble l'équilibre neuro-psychique ;

4° Nécessité de surveillance médicale des femmes occupées aux travaux qui mettent en contact avec le benzène, étant donnée cette action spéciale neuro-psychique du toxique ;

5° Action favorable des graisses alimentaires, capables d'augmenter la résistance de l'organisme contre l'action du benzène ;

6° Sélection rationnelle de l'ouvrier qui devra manipuler des poisons industriels ; cette mesure prophylactique ne peut ni doit remplacer toutefois l'application des mesures d'hygiène du travail nécessaires pour prévenir les intoxications professionnelles ;

7° Importance des facteurs « vie sociale » et « teneur de vie » dans la question de la réceptivité de l'organisme vis-à-vis des toxiques industriels.

Rapport de M. JULIUS LOWY (Tchéco-Slovaquie).

L'auteur admet que la puberté, la menstruation, l'allaitement sont des facteurs prédisposants à l'action de certains poisons ; d'où une plus grande sensibilité du sexe féminin vis-à-vis de certains toxiques. Les lésions provoquées dans les cellules germinales des deux sexes sont, avant la conception, à peu près analogues. Après la conception, le risque de dommages est augmenté pour la femme.

Rapport de M. TELEKY (Allemagne).

La protection spéciale de la femme et des adolescents est justifiée par l'action plus accentuée, notamment sur les fonctions sexuelles de la femme, des toxiques professionnels plutôt que par une prédisposition particulière, inexistante d'ailleurs, vis-à-vis de ces toxiques.

Il existe une accoutumance aux toxiques professionnels ; il y a donc intérêt à former un personnel stable dans les industries à risques de ce genre.

Les conditions extérieures de travail dans une même opération dominent, jusqu'à le rendre imperceptible, le facteur de la réaction individuelle vis-à-vis des toxiques professionnels. Incriminer la prédisposition individuelle ne signifie, en pratique, que dévier l'attention du problème capital qui consiste dans l'amélioration des conditions d'hygiène industrielle.

### *Discussions.*

M. MILLER (New-York) croit intéressant de souligner que, mise à part la question de susceptibilité ou « allergie », les différences individuelles de réaction aux poisons peuvent dépendre des variations dans l'excrétion de l'eau. Ainsi, par exemple, la transpiration est considérablement plus grande chez les enfants que chez les adultes ; il y a lieu de penser que quelques adultes possèdent ce type infantile d'élimination de l'eau.

### *Communications.*

M. ENGELHARDT (Berlin). — **Sur l'intoxication relative du benzol, toluol, xylol.** — Expériences sur les animaux pour étudier l'action toxique du toluol, xylol, et benzol : l'action chronique du xylol et du toluol sur le sang est beaucoup moins dangereuse que celle du benzol.

M. HIRSCH (Francfort). — **Intoxication professionnelle par le xylol et particulièrement de l'influence du xylol sur le cœur et les vaisseaux.** — A la suite du décès par anémie et endocardite de deux ouvriers chargés de faire de l'impression en creux, l'auteur a examiné systématiquement le cœur et les vaisseaux de 34 ouvriers. Il a noté chez la moitié d'entre eux une dilatation cardiaque intéressant principalement le ventricule gauche et l'aorte. Dans 3 cas, il existait une lésion décelable cliniquement et aux rayons X. Dans 18 cas, la proportion d'urobiline dans les urines était augmentée ; la pression maxima du sang était généralement diminuée.

Même s'il est prudent de faire quelques réserves sur les rapports entre les faits constatés et l'action du xylol, on peut cependant penser que le surmenage persistant des vaso-moteurs par le xylol peut entraîner des modifications dans le système cardio-vasculaire chez les sujets prédisposés, ou qu'il est susceptible d'augmenter une lésion cardiaque préexistante.

M. BRUNON NOWAKOWSI. — **Influence des saisons sur l'intoxication saturnine.** — Ayant examiné 427 ouvriers imprimeurs, l'auteur a constaté un plus grand nombre d'intoxications par le plomb pendant la saison froide.

M. LANGELEZ (Bruxelles). — **Les dangers de l'émaillage sur fonte.** — L'émail employé contient 60 p. 100 de sels de plomb, on le verse en poudre sur les pièces chauffées au rouge. La moitié des ouvriers présente un liséré saturnin, 26 p. 100 souffrent d'accidents.

M. VIGLIANI. — **Un symptôme précoce : l'éosinophilie pour le diagnostic du saturnisme.** — L'auteur a examiné 500 travailleurs du plomb et pense que le liséré gingival, les hématies à granulations basophiles et éosinophiles, sont les signes les plus précoces et les plus constants de l'intoxication.

M. LANGELEZ (Bruxelles). — **A propos d'un cas d'hydrargyrisme.** — 1° Les ouvriers magasiniers et emballeurs dans les couperies de poils sont exposés à l'intoxication mercurielle, autant que les sécréteurs, les coupeurs ou souffleurs. L'air de ces usines est dangereux autant que les poussières. — 2° Les ouvriers des fabriques de chapeaux appelés à manipuler les poils sécrétés sont exposés aux émanations mercurielles, même si ces poils sont sécrétés depuis des années.

M. BIONDI (Sienne). — **A propos du mécanisme physiologique de l'intoxication mercurielle.** — Le professeur Biondi a fait avec ses élèves des expériences d'où il résulte que le plomb tétra-éthyle produit un syndrome toxique identique à celui déterminé par les vapeurs de mercure. Il était intéressant d'obtenir un même syndrome clinique avec deux métaux différents et de démontrer que l'action toxique pouvait ne pas être en rapport avec la nature chimique du poison.

M. BAISI (Sienne). — **La symptomatologie de l'intoxi-**

**cation par l'inhalation du plomb tétra-éthyle.** — L'inhalation du plomb tétra-éthyle détermine chez le lapin un syndrome identique à celui que l'on observe avec les vapeurs mercurielles (hyperexcitabilité, tremblements, hypertonie musculaire). Ce syndrome apparaît plus atténué et plus tardif chez l'animal au repos.

M. BAISI (Sienne). — **Etude des éléments du sang dans l'intoxication par l'inhalation de plomb tétra-éthyle.** — Chez le lapin intoxiqué par le tétra-éthylplomb, on ne trouve ni hématies à granulations basophiles, ni modification de la formule leucocytaire, ni altération des globules rouges. Ces résultats indiquent que, contrairement au plomb, le tétra-éthylplomb n'agit pas sur le système hématopoiétique.

M. BAISI (Sienne). — **Altération de la fonction visuelle dans l'intoxication par inhalation de plomb tétra-éthyle.** — L'auteur, au cours de ses expériences, a noté chez le lapin de la mydriase, la diminution et même l'abolition du réflexe pupillaire à la lumière, de la congestion, et par places, un aspect blanchâtre de la pupille.

M. FRANCIONI (Sienne). — **Action de l'or colloïdal dans l'intoxication par le plomb tétra-éthyle.** — L'auteur n'a observé aucune diminution du tremblement chez les lapins intoxiqués par les vapeurs mercurielles; par contre, l'amaigrissement est moindre chez les lapins injectés que chez ceux qui ne le sont pas, et la mort survient plus tardivement. Des phénomènes identiques, mais avec une aggravation des symptômes d'excitation, ont été obtenus par l'inhalation de tétra-éthylplomb.

M. MENESINI (Sienne). — **La réserve alcaline et la teneur en calcium du sang dans l'intoxication par le plomb tétra-éthyle.** — L'intoxication expérimentale par le plomb tétra-éthyle n'amène aucun trouble de l'équilibre acido-basique.

M. MENESINI (Sienne). — **Sur la symptomatologie de l'intoxication par le plomb tétra-éthyle.** — L'injection sous la peau du lapin d'une petite quantité de plomb tétra-éthyle dans de l'huile d'olive détermine, après quelques jours de latence, l'apparition d'un syndrome identique à celui que l'on observe par l'intoxication par les vapeurs de mercure (hyperexcitabilité, tremblements, hypertonie musculaire). Il n'y a pas d'altération des éléments globulaires du sang.

M. FEIL (Paris.) — **Enquête dans une fabrique de vernis cellulosiques.** — Il n'existait pas d'intoxications sérieuses parmi les ouvriers les plus exposés à inhaler des vapeurs de solvants.

MM. A. VIZIANO et A. VELICOGNA. — **La réaction de la peroxydase dans le sulfo-carbonisme.** — Chez la moitié des ouvriers, la réaction était diminuée, ce que les auteurs attribuent à l'action du sulfure de carbone sur les centres misocéphaliques.

## La fatigue.

Rapport de M. ATZLER (Allemagne).

Les expériences de Gulaesy, Schleminsky, Winterstein, Mosso et celles de l'auteur démontrent que les processus d'excitation du muscle ou nerf vivant ne sont pas identiques à ceux qui se passent lors de l'excitation physiologique. L'auteur étudie le travail corporel d'intensité forte, moyenne et légère et il en tire des conclusions pratiques.

Rapport de M. DILL (Etats-Unis).

**Etude biochimique et physiologique de la fatigue en relation avec la température.** — Des expériences ont montré que le travail manuel détermine pendant les dix à vingt premières minutes une même élévation de la température du corps, quelle que soit la température ambiante. Lorsque l'expérience se prolonge, suivant la dispersion de la chaleur du corps, ou bien la température se maintient au même niveau, ou bien elle peut monter jusqu'à épuisement complet du sujet.

Le travail est d'autant plus fatigant que la température ambiante est plus élevée. Cette fatigue est due à un épuisement primaire du cœur (tachycardie) et non à une ventilation insuffisante des poumons.

Rapport de M. TERUOKA (Japon).

L'âge de seize ans convient, comme âge minimum, pour l'admission des femmes au travail ; l'âge de dix-huit ans pour l'admission aux travaux réglementés. Il faut interdire le travail aux jeunes adolescents de douze à treize ans qui sont dans la période de la puberté ; ceux de quatorze à quinze ans pourront être autorisés à travailler, mais il faut limiter pour eux les heures de travail.

D'autre part, il est manifeste que l'activité industrielle exercée par les ouvrières pour gagner leur vie ne favorise pas les fonctions maternelles, grossesse, allaitement. Le travail des femmes enceintes devrait être totalement proscrit, au moins pendant les deux mois qui précèdent la délivrance, et allégé pendant la seconde moitié de la grossesse.

Rapport de M. VERNON (Grande-Bretagne).

Le degré de fatigue dépend beaucoup des conditions atmosphériques. Dans les industries pénibles, comme dans les mines de charbon, le rendement peut subir une diminution de 40 p. 100 avec des conditions défavorables de température, et le taux des accidents peut quadrupler. Dans l'industrie du fer et de l'acier, on note souvent une variation saisonnière de rendement, le rendement d'été étant de 13 p. 100 inférieur à celui d'hiver. Dans le tissage du coton et du lin, l'effort physique, et par conséquent la fatigue augmentent avec l'accroissement de la température et de l'humidité de l'air. Un éclairage insuffisant provoque de la fatigue oculaire et une réduction de rendement s'élevant à 10 p. 100 et plus, ainsi qu'une augmentation du nombre des accidents.

Les bruits et vibrations excessifs présentent des inconvénients, mais il n'est pas prouvé qu'ils entraînent une notable diminution de rendement de l'ouvrier. Les bruits sont plus gênants pour les travailleurs de bureau que pour les travailleurs manuels.

### *Discussions.*

M. KATZ (Hambourg). — La fatigue n'est pas toujours proportionnelle à l'effort que nécessite le travail. Le travail durement mécanique fatigue plus que le travail qu

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

conserve un certain caractère individuel et pour lequel le cerveau intervient.

M. MILLER (New-York) critique l'emploi qui a été fait par M. Teruoka du métabolisme basal pour mesurer la fatigue. Le métabolisme est en effet modifié par divers états (maladies de la thyroïde, acromégalie, leucémie, etc.).

Il discute le sens du mot *fatigue*. Un être humain peut être fatigué, abattu ou prostré sans avoir fait un effort apparent, par exemple dans la maladie d'Addison, la fièvre typhoïde, etc. ; mais en pratique on admet que la fatigue est la résultante du travail. Il y a deux méthodes physiologiques qui permettent une estimation approximative du travail physique :

1º L'évaluation du $CO^2$ dans le sang ;

2º La recherche de la quantité d'adrénaline dans le sang, selon la méthode de Cannon et ses collaborateurs.

### *Communications.*

M. DI PRISCO (Naples). — **L'insulinémie dans la fatigue aiguë de l'homme.** — D'après l'auteur, on aurait la preuve indirecte d'une légère hyperactivité endocrinienne du pancréas, dans la fatigue aiguë. Elle n'est pas toutefois telle qu'elle puisse corriger l'action hyperglycémiante des facteurs glycorégulateurs extra-pancréatiques.

M. CACCURI (Naples). — **Tolérance des hydrates de carbone dans la fatigue musculaire.** — La courbe glycémique chez l'animal fatigué varie suivant la façon d'administrer la solution de glucose. L'auteur discute le mécanisme de ce fait.

M. CACCURI (Naples). — **Modifications du taux de la glycémie dans la fatigue musculaire.** — L'auteur a longuement étudié comment la fatigue musculaire influe sur les réactions des principales substances hyper et hypoglycémiantes.

M. PIGNATORI. — **Variations de la teneur en eau du sang dans la fatigue et les modifications de l'hydrophilie des tissus.** — La fatigue provoquerait une concentration du sang coïncidant avec une augmentation de l'hydrophilie des tissus.

M. CASO (Naples). — **Les constantes physico-chimiques du sang pendant la fatigue.** — Augmentation légère de la viscosité, de la conductibilité électrique et de la réfractométrie Augmentation plus marquée du Δ cryoscopique. Ces variations peuvent être attribuées à une plus grande concentration du sang.

M. GALLARO (Naples). — **Comportement de l'azote ammoniacal du sang pendant le travail musculaire.** — Tandis que l'ammoniaque reprend sa valeur normale après une ou deux heures, l'azote ammoniacal reste augmenté.

MM. A. VIZIANO et A. VELICOGNA. — **Pressions veineuse et artérielle dans la fatigue.** — La pression veineuse et la maxima artérielle baissent après la fatigue intense, ce que les auteurs attribuent à la dilatation capillaire.

*De nombreuses communications libres ont en outre été entendues. Elles concernaient différents points relatifs aux maladies et intoxications professionnelles (ankylostomiases, aspergillose, hydrargyrisme, etc.).*

HENRI DESOILLE.

---

### SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE

*(Séance annuelle, Paris, 5 octobre 1931.)*

La séance annuelle de la Société française de gynécologie a eu lieu le 5 octobre, à la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence de M. Jayle.

Dans son discours d'ouverture, M. Jayle félicita la Société de sa croissance rapide, la montra largement ouverte non seulement à tous les gynécologues, mais, par la création de membres associés, à tous médecins qui s'intéressent à la gynécologie, et exprima le vœu que la Séance annuelle se transforme en un Congrès international annuel qui, aux côtés du grand Congrès de chirurgie, serait le digne pendant du Congrès d'urologie.

Deux questions étaient à l'ordre du jour :

**Le chimisme du vagin et sa signification physiologique.** — M. ULRICH (Paris). — Le rapporteur montre que le vagin est normalement acide. Cette acidité normale du vagin est due à l'acide lactique qui ne se rencontre à l'état normal dans aucun autre organe, puisque l'estomac ne contient de l'acide lactique qu'à l'état pathologique et comme produit de fermentation.

Dans la vagin, l'acide lactique est sécrétion.

Qu'il s'agisse d'acide lactique, on ne le sait que depuis une trentaine d'années, car avant on pensait que l'acidité du contenu vaginal était due à un gaz carbonique à l'état libre.

Ce n'est cependant que depuis 1926 avec les travaux de Zwozinski et Truszowski qu'on a eu des précisions dosimétriques sur le contenu de l'acidité vaginale. Délaissant la coutume du papier tournesol, ces auteurs sont parvenus à filtrer les ions du contenu vaginal aux indicateurs colorés. Ils ont trouvé que l'acidité variait de 4 à 6,5 p. 100 et qu'elle était notablement diminuée dans les états infectieux, dans la menstruation et après le coït.

Quant à l'acidité vaginale aux différentes périodes de la vie de la femme, on trouve qu'elle est très faible à la naissance, atteint son degré normal dès la première enfance et semble être particulièrement intense au cours de la virginité et de la grossesse.

Soumise à de fortes oscillations pendant la période génitale active où les sécrétions peuvent être troublées jusqu'à l'alcalinité passagère en l'absence de tout état pathologique, le retour d'âge imprime aux sécrétions du vagin une alcalinité prédominante, car le flux acide faiblit avec la sénescence de la muqueuse.

Quant à la genèse de l'acidité vaginale, la théorie actuellement accréditée est que l'élément le plus important dans la fabrication de l'acide lactique est le glycogène qui s'élabore dans la couche fonctionnelle de l'épithélium vaginal.

Ce serait donc le glycogène qui, suivant le processus démontré par Claude Bernard pour le foie, se transformerait en glucose sous l'influence d'un ferment spécial.

Il serait donc logique d'admettre que les ferments microbiens ou glycolytiques interviennent pour décomposer le glycose qui évoluerait vers la production de l'acide lactique.

Un élément essentiel dans la formation de l'acidité

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

vaginale est représenté par la flore microbienne normale du vagin et particulièrement par le bacille de Dœderlein, qui présente des analogies très grandes, s'il ne lui est pas identique, avec le bacille de l'acide lactique trouvé dans l'estomac.

M. CH.-O. GUILLAUMIN (Paris) montre l'influence des divers facteurs locaux favorisant ou non le développement bactérien, et en particulier celle de l'acidité des sécrétions vaginales, empêchant le développement du gonocoque, tandis que bacilles coli, staphylocoques et surtout streptocoques nécessitent la modification de la réaction locale sur une zone plus alcaline.

M. PIERRA expose la difficulté qu'on éprouve dans la recherche des réactions de la sécrétion vaginale. Les essais qu'il a faits avec l'appareil de Lévy-Darras et Ch.-O. Guillaumin lui ont paru de technique trop compliquée. Il confirme cependant l'opinion du rapporteur.

M. VIOLET (Lyon) suggère que l'acide lactique du vagin provient peut-être d'une fermentation due au bacille lactique aux dépens du glycogène qui s'y trouve normalement, et l'auteur se demande si le bacille lactique et le bacille de Dœderlein ne sont pas le même, avec des variations morphologiques comme en présentent souvent les bactéries.

M. XAVIER COLANERI (Paris) n'admet pas les conclusions du rapport. Il prétend que la réaction des sécrétions vaginales est normalement alcaline à l'origine et qu'elle ne devient acide qu'après le séjour de ces sécrétions dans la cavité vaginale et sous l'influence des microbes aérobies ou anaérobies. Les recherches de M. Xavier Colaneri n'ont été pratiquées que chez les femmes mariées

M. JAYLE confirme l'opinion de M. Ulrich : son expérience personnelle lui a montré que les sécrétions vaginales normales étaient toujours acides. Il demande cependant qu'une méthode plus précise que le papier de tournesol soit établie.

**Indications des interventions chirurgicales dans la salpingite chronique non tuberculeuse.** — Rapporteur : M. MARTIN (Angers). — C'est presque toujours dit l'auteur, après la phase aiguë, au cours de leur évolution, que les lésions salpingiennes d'origine inflammatoire sont opérées. Les travaux récents traitent surtout des moyens de remédier à l'obstruction tubaire, à sa conséquence la stérilité et aussi aux douleurs d'origine salpingienne.

On intervient pour des trompes enflammées, augmentées de volume, formant même tumeur, adhérentes ou oblitérées.

Cliniquement, ces interventions sont motivées par :

1° La fièvre et le mauvais état général ;

2° La persistance et l'intensité des phénomènes douloureux ;

3° La stérilité ;

4° La présence d'une tumeur annexielle.

Selon les lésions :

A. La conservation des annexes est impossible.

A ce groupe de lésions conviennent les interventions radicales, cherchant la guérison par l'exérèse des organes malades, dont le type est l'une des modalités de l'hystérectomie abdominale subtotale avec ablation des annexes; la voie vaginale a des indications précises mais rares.

B. Ou bien l'infection tubaire n'a laissé que des séquelles telles que la douleur, la stérilité, des adhérences, des oblitérations. Il y a tout avantage à ne pas sacrifier les annexes et à recourir à toute la gamme des opérations conservatrices. Eviter toute mutilation inutile, sans reculer devant les sacrifices nécessaires pour obtenir la guérison, telle est la directive de cette chirurgie.

M. RAYMOND PETIT (Paris) oppose la conduite à tenir dans l'appendicite à celle que réclame la salpingite. Autant il est opposé à la temporisation pour l'appendicite, autant il pense qu'il ne faut pas se hâter d'intervenir dans la salpingite. Il pense que la chirurgie conservatrice est tout particulièrement recommandable en gynécologie, à la condition toutefois de ne pas passer d'un extrême à l'autre. Il signale que la vaccinothérapie employée largement permet d'intervenir avec un minimum de risques. La voie abdominale lui semble toujours préférable à la voie vaginale pour l'ablation des trompes.

En ce qui concerne la transposition de l'ovaire dans l'utérus, M. Raymond Petit a obtenu dans quatre cas un résultat remarquable.

M. X. BENDER (Paris) est partisan d'appliquer un traitement médical et physiothérapique prolongé avant de soumettre la malade à l'intervention. Malheureusement la condition sociale de celle-ci ne permet pas dans certains cas de poursuivre un tel traitement aussi longtemps qu'il serait désirable.

M. VIOLET (Lyon) pense que dans l'étude des indications chirurgicales de la salpingite le gynécologue est obligé de tenir compte de plusieurs facteurs : âge de la malade, condition sociale, nature de l'infection, formes anatomo-cliniques. Il est également conservateur, mais, dans les cas où l'ablation de l'utérus s'impose, il pratique presque toujours des totales et n'intervient jamais par la voie vaginale. M. Violet a fait un certain nombre d'interventions pour dysménorrhées graves, mais il se méfie des psychoses et se garde d'intervenir chez les malades où les douleurs ne semblent répondre à rien d'organique.

M. MARCEL SÉNÉCHAL (Paris) expose que, dès 1908, il a été conservateur quant aux organes pelviens de la femme, qu'il s'est toujours efforcé de faire de la conservation, et que même lorsqu'il était amené à faire une hystérectomie chez une femme âgée de moins de quarante-cinq ans, il conservait au moins un ovaire.

Il estime que les avantages qu'en ont retirés les malades, qu'il suit régulièrement depuis cette époque, et qui n'ont jamais présenté aucun trouble général, ni local, valent l'effort et l'art fournis par le chirurgien.

Ce qui, dans le rapport de M. Martin, retient surtout son attention, c'est la question de la stérilité et des moyens d'investigation de la perméabilité des trompes, fournis par les insufflations et injections de lipiodol suivies de radiographies.

De sa pratique personnelle l'auteur conclut :

1° Que les insufflations, même faites par un praticien expérimenté, peuvent être fallacieuses ;

2° Que même les injections de lipiodol peuvent amener à des conclusions erronées ;

3° Qu'à son sens, ce n'est que lorsque l'opérateur a les pièces entre les mains et sous les yeux qu'il peut juger

---



---


DOM
BÉNÉDICTINE
LA GRANDE
LIQUEUR
FRANÇAISE

---

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

de la possibilité d'entreprendre l'opération utile pour favoriser une grossesse.

M. JAYLE (Paris) est un partisan convaincu de la chirurgie conservatrice; il insiste sur ce fait qu'il ne faut pas confondre succès opératoire et succès thérapeutique.

Le but à viser est avant tout pour lui de conserver autant que possible les fonctions physiologiques

La seconde remarque qu'il fait concerne la technique. Il pose en principe qu'il y a lieu de réduire les interventions au strict minimum; c'est ainsi qu'il n'enlève guère les utérus même en cas de salpingite double, l'hystérectomie augmentant toujours le risque opératoire.

---

# RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS

**ADOVERNE ROCHE.** — Glucosides cardiotoniques de l'*Adonis vernalis.* — Etalonnage physiologique. — Granules, gouttes.

*Produits F. Hoffmann-La Roche et C^ie, 21, place des Vosges, Paris.*

**ALLONAL « ROCHE ».** — Analgésique renforcé, sédatif et progressivement hypnogène. Comprimés.

*Produits F. Hoffmann-La Roche et C^ie, 21, place des Vosges, Paris.*

**CHOLINE ROCHE.** — Agent biochimique de la Cholestérogénèse. Tous états d'hyposthénie prébacillaire. Ampoules de 1 cc. indolore.

*Produits F. Hoffmann-La Roche et C^ie, 21, place des Vosges, Paris.*

**DRAGÉES NÉVROSTHÉNIQUES « YSE ».** — Spécifique des affecitons nerveuses à base de $P^3Zn^3$, 0,002 par pilule.

*H. Chatelut, pharmacien, 65, rue Louis-Blanc, Paris.*

**HEMOSTRA ROCHE.** — (Tryptophane et Histidine : trav. Prof. Fontès.) Traitement biochimique des anémies et des déficiences organiques. Ampoules de 5 cc. et 2,5 cc. indolores.

*Produits R. Hoffmann-La Roche et C^ie, 21, place des Vosges, Paris.*

**HOLOVARINE.** — Poudre d'ovaire intégral.

*Laboratoires Deslandre, 48, rue de la Procession, Paris.*

**INSULINE.** — **Insuline française injectable « Endopancrine ». Poudre d'insuline « Phylose »** (usage externe).

*Laboratoires Deslandre, 48, rue de la Procession, Paris.*

**IODALOSE GALBRUN.** — Iode physiologique assimilable. Artériosclérose, maladies du cœur et des vaisseaux.

DOSES MOYENNES. — XX à LX gouttes par jour pour les adultes.

*Laboratoire Galbrun, 8 et 10, rue du Petit-Musc, Paris (IV^e).*

**IODO-THYROIDINE CATILLON.** — Tablettes à 0^gr,25. — Obésité, goitre, myxœdème.

DOSE. — 2 à 8 tablettes par jour.

*3, boulevard Saint-Martin, Paris.*

**ISACÈNE ROCHE.** — Laxatif synthétique nouveau. — Enfants, femmes enceintes, vieillards, malades, etc. — 2 à 6 comprimés et plus.

*Produits F. Hoffmann-La Roche et C^ie, 21, place des Vosges, Paris.*

**ISOTONYL BOURET** (Poudre de Lausanne). — Paquets ou Discoïdes. Spécifique des digestions lentes, entérites muco-membraneuses, affections du foie et des voies biliaires.

*Pharmacie Chaumel, 87, rue Lafayette, Paris.*

**KIMOSINE ROGIER.** — A base de ferment lab et sucre de lait purifiés.

MODE D'ACTION. — Rend le lait de vache absolument digestible ; facilite la digestion du lait de femme chez le nouveau-né.

INDICATIONS. — Gastro-entérites, dyspepsies infantiles, athrepsie.

POSOLOGIE. — Une cuillerée-mesure pour 200 centimètres cubes de lait à 40° ou une pincée avant la tétée.

Chaque flacon est accompagné d'une cuillerée-mesure et d'une notice donnant le mode d'emploi détaillé.

*Henry Rogier, 56, boulevard Pereire, Paris.*

**PANTOPON ROCHE.** — *Opium total injectable*, utilisé avec succès à la place de l'opium et de toutes les préparations opiacées, de la morphine et de ses dérivés. — *Ampoules, Sirop, Comprimés.*

*Produits F. Hoffmann-La Roche et C^ie, 21, place des Vosges, Paris.*

**PROSTHÉNASE GALBRUN.** — Fer et manganèse associés en combinaison organique assimilable ; ne donne pas de constipation. Anémies diverses.

DOSES MOYENNES. — XX à L gouttes pour les adultes.

*Laboratoire Galbrun, 8 et 10, rue du Petit-Musc, Paris) IV^e).*

# RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS *(Suite)*

**SÉDOBROL ROCHE.** — *Extrait de bouillon végétal concentré achloruré et bromuré*, permettant un traitement bromuré intensif et dissimulé. — *Tablettes, Liquide.* Chaque tablette ou mesure = 1 gr. NaBr.
*Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 21, place des Vosges, Paris.*

**SÉDORMID ROCHE.** — Le grand médicament des petits insomniques et des petits anxieux. — Comprimés.
*Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 21, place des Vosges, Paris.*

**SOMNIFÈNE ROCHE.** — Le plus maniable des hypnotiques sous forme de *gouttes* (de XX à LX gouttes, permettant de donner à chacun sa dose), et sous forme d'*ampoules* (injections intramusculaires et endoveineuses).
*Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 21, place des Vosges, Paris.*

**SPASMALGINE ROCHE.** — *Antispasmodique vrai* (pantopon, papavérine, éther sulfurique d'atropine). Indiqué dans les spasmes de toute origine. — *Ampoules, Comprimés.*
*Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 21, place des Vosges, Paris.*

**STROPHANTINE CRISTALLISÉE CATILLON** (Granules à 0,0001 de). — Toniqué du cœur par excellence.

**STROPHANTUS CATILLON** (Granules de 0,001 extrait titré de). — Tonicardiaque *diurétique*. Asystolie, dyspnée, oppression, œdèmes.
DOSE. — 2 à 4 granules par jour.
3, *boulevard Saint-Martin, Paris.*

**TAMPOL ROCHE AU THIGÉNOL.** — *Pansement gynécologique idéal*, d'application facile, sans spéculum et d'efficacité certaine, sous le contrôle du médecin traitant.
*Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 21, place des Vosges, Paris.*

**THÉOBRYL ROCHE.** — *Théobromine injectable*, plus maniable que les théobromines, plus active, à doses moindres, sans inconvénients. — *Gouttes, Ampoules* (injections intramusculaires indolores).
*Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 21, place des Vosges, Paris.*

**THIGÉNOL ROCHE.** — Topique soufré, inodore, ni caustique, ni toxique, kératoplastique, décongestionnant et résolutif, dermatologie et gynécologie. — *Thigénol Roche* liquide et *Ovules Roche.*
*Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 21, place des Vosges, Paris.*

**THIOCOL ROCHE.** — Seul médicament permettant la médication gaïacolée ou créosotée à hautes doses et sans aucun inconvénient. — *Sirop Roche, Comprimés Roche, Cachets Roche.*
*Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 21, place des Vosges, Paris.*

**THYROXINE « ROCHE ».** — Thyroxine synthétique d'après Harington et Barger. — Ampoules de 1 centimètre cube à 1 milligramme. — Comprimés à 1 demi-milligramme.
*Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 21, place des Vosges, Paris.*

**URASEPTINE.** — PRINCIPES ACTIFS. — Hexamine (formine), diéthylènediamine, benzoate de lithine, citrate d'hexa.
DOSES. — Granulé soluble, 2 à 6 cuillerées par jour avant les repas, dans un peu d'eau.
MODE D'ACTION. — Antiseptique urinaire et biliaire par excellence, par dédoublement assuré de l'hexamine et mise en liberté du formol.
Dissout et chasse l'acide urique.
INDICATIONS. — Toutes les infections vésico rénales, pyélites, pyélonéphrites, cystites, urétrites, arthritisme et ses complications, diathèse urique, goutte, gravelle, cholécystites et infections biliaires.
*Henry Rogier, 56, boulevard Pereire, Paris.*

# NOUVELLES

**Clinique médicale, Saint-Antoine.** — M. le professeur F. Bezançon a commencé ses leçons cliniques le vendredi 13 novembre 1931, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure.

*Organisation de l'enseignement* avec le concours de : MM. De Gennes, Etienne Bernard, André Jacquelin, Weissmann-Netter et Jean Célice, médecins des hôpitaux ; Delarue, Duruy, Oumansky, Mlle Pau, Wahl, chefs de clinique, et anciens chefs de clinique.

Le vendredi, à 10 h. 30, leçon clinique à l'amphithéâtre de la clinique. Les lundis et samedis, à 10 h. 30, visite dans les salles et présentation de malades. Le mercredi, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre de la clinique, présentation des malades atteints de tuberculose. Le jeudi, à 10 h. 30 consultation du rhumatisme (salle des consultations). La matinée du mardi sera consacrée à l'enseignement élémentaire aux stagiaires par le professeur et ses assistants.

Les médecins, suivant le service, pourront, pendant cette matinée, assister à la consultation du rhumatisme faite par MM. P.-P. Weil et Weissmann-Netter.

Enseignement aux stagiaires : Le mardi, enseignement élémentaire et interrogatoire fait par le professeur et ses assistants ; les mercredis et jeudis, enseignement clinique par les assistants et les chefs de clinique.

Service des laboratoires : M. M.-P. Weil, médecin des hôpitaux ; M. Ch.-O. Guillaumin, docteur en pharmacie ; M. Etchegoin, M. Chevalley, M. Duchon.

Service radiologique : M. Tribout.

Service des agents physiques : M. Biancani.

*Service des tuberculeux* : Centre de triage et service du pneumothorax artificiel : M. Braun, assisté de M. Destouches, Mme Frey-Ragu et Mlle Scherrer. Insufflations mardis et vendredis : le mercredi : visite de M. Bezançon et présentation de malades, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre de la clinique.

Un cours complémentaire sur la tuberculose, aura lieu pendant le deuxième semestre, en mai et juin.

Des affiches ultérieures indiqueront le programme de ce cours. A la fin de ce cours, un certificat sera délivré à ceux des auditeurs qui en feront la demande.

*Consultations spéciales.* — Les consultations spéciales suivantes, avec enseignement clinique, auront lieu : les mardis et jeudis, à 10 heures : Rhumatisme et maladies de la nutrition, par M. le professeur F. Bezançon, M. M.-P. Weil, médecin des hôpitaux, et Weismann-Netter, médecin des hôpitaux. Le jeudi, à 10 heures : Lipiodolo-diagnostic, par M. Azoulay, ancien chef de clinique. Le samedi, à 10 heures : Pneumopathies chroniques, asthme, emphysème, par M. le professeur F. Bezançon, M. André Jacquelin, médecin des hôpitaux, et M. Jean Célice, médecin des hôpitaux. Le jeudi, à 10 heures : au centre de tirage : Tuberculose pulmonaire, par M. Braun, Mme Frey-Ragu et M. Destouches.

**Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier.** — Le cours de perfectionnement du jeudi soir, cours gratuit, destiné aux étudiants et aux docteurs en médecine français et étrangers déjà au courant des questions obstétricales et désireux de se perfectionner, comprendra une série de leçons qui auront lieu le jeudi soir, à 20 h. 45. Chacune de ces leçons sera l'exposé d'une question spécialement étudiée par le conférencier et sur laquelle il a fait des recherches personnelles.

Le cours commencera le jeudi 26 novembre 1931 et continuera chaque jeudi pendant le semestre d'hiver.

Programme du cours. — *Jeudi 26 novembre*, M. Brindeau : De l'avortement thérapeutique brusqué.

*Jeudi 3 décembre*. M. Marcel Metzger : L'urgence en obstétrique et le praticien moyen. — *Jeudi 10 décembre*, M. Keiffer : Nouvelles recherches sur le système nerveux utérin. — *Jeudi 17 décembre*, M. Nattan-Larrier : L'hérédité des infections déterminées par les protozoaires.

*Jeudi 7 janvier*. M. Lantuéjoul : Dystocie par rigidité cicatricielle du col. — *Jeudi 14 janvier* : M. P. Chevallier : Traitement de la syphilis chez la femme enceinte. — *Jeudi 21 janvier*, M. Vaudescal : Traitement des annexites par la diathermie. — *Jeudi 28 janvier*, M. Desoubry : Considérations sur la grossesse chez les tuberculeuses pulmonaires

*Jeudi 4 février*, M. J.-L. Faure : Traitement opératoire du prolapsus génital. — *Jeudi 11 février*, M. Lucien Brouha : Considérations sur la physiologie de la glande mammaire. — *Jeudi 18 février* : M. Hinglais : Considérations sur la biologie de l'œuf. — *Jeudi 25 février*, M. Bué : Des déformations de la tête fœtale après l'accouchement chez les femmes atteintes de viciation pelvienne.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la Clinique Tarnier.

**Institut de médecine légale et de psychiatrie.** — Tous les cours et conférences ont lieu l'après-midi ; la présence des élèves y est obligatoire.

Médecine légale. — *Cours théoriques de médecine légale, d'accidents du travail, de maladies professionnelles, de pensions de guerre, de médecine sociale.* — Ces cours seront professés les lundis, mardis, mercredis, jeudis, vendredis et samedis, de 6 heures à 7 heures, pendant le semestre d'hiver : 1° Médecine légale, toxicologie et déontologie, par M. le professeur Balthazard, les lundis mercredis et vendredis des mois de novembre et décembre 1931, et par M. Piédelièvre, agrégé, les lundis, mercredis et vendredis des mois de janvier et février 1932. 2° Législation et jurisprudence médicales, par M. le professeur Hugueney, de la Faculté de droit, tous les samedis. 3° Médecine du travail et intoxications professionnelles, par M. Duvoir, agrégé, tous les mardis du premier semestre. 4° Accidents du travail, maladies professionnelles, pensions de guerre, médecine sociale, tous les jeudis (voir le programme détaillé dans l'affiche spéciale sur la médecine sociale).

*Cours pratiques.* — 1° Autopsies à l'Institut médico-légal (place Mazas), pendant le semestre d'hiver, de 2 heures à 3 heures. Le mercredi, par M. le professeur Balthazard et par M. Duvoir, agrégé. Le lundi, par M. Piédelièvre, agrégé. Le vendredi, par M. Dervieux, chef des travaux. Pendant le semestre d'été, les élèves procéderont eux-mêmes aux autopsies et seront exercés à la rédaction des rapports, les mêmes jours, aux mêmes heures.

2° Travaux publics de médecine légale (applications des méthodes de laboratoire à la pratique médico-légale), les lundis, de 3 heures à 4 h. 30, sous la direction

## NOUVELLES *(Suite)*

de M. Dervieux, chef des travaux ; de M. Piédelièvre, agrégé, et de M. Szumlanski, chef de laboratoire.

3° Travaux pratiques de toxicologie, sous la direction de M. Kohn-Abrest, docteur ès-sciences, chef des travaux toxicologiques, au Laboratoire de Toxicologie (Institut médico-légal), les vendredis, de 3 heures à 4 h. 30.

4° Expertises d'accidents du travail, de pensions de guerre et de maladies professionnelles, sous la direction de M. le professeur Balthazard, assisté de MM. Duvoir, Piédelièvre et Dervieux, le mercredi, à 3 heures, à partir du mercredi 2 mars (Laboratoire de médecine légale, à l'Institut médico-légal).

Psychiatrie. — *Cours de clinique psychiatrique.* — Le cours aura lieu tous les mercredis, à 10 heures, à la Clinique des maladies mentales, et le dimanche matin, à la même heure. Asile Sainte-Anne. Les élèves devront également suivre les policliniques de M. le professeur H. Claude, les samedis matin.

*Psychiatrie médico-légale.* — M. le professeur H. Claude, assisté d'agrégés et de médecins des hôpitaux, fera pendant le mois de mars un cours de psychiatrie médico-légale, à la Faculté de médecine (12 leçons, à 5 heures).

*Examen des malades et rédaction des rapports.* — M. A. Ceillier, médecin expert, dirigera ces exercices, assisté de MM. les chefs de clinique, à la clinique des maladies mentales, Asile Sainte-Anne, tous les jeudis, de 3 h. 30 à 5 h. 30.

Les docteurs en médecine français et étrangers, les étudiants en médecine français et étrangers (titulaires de 16 inscriptions A. R. et 20 inscriptions N. R.) sont admis à suivre les cours et conférences de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie, après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. — Les titres et diplômes et, de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance, doivent être produits au moment de l'inscription.

Les droits à verser sont de : 1 droit d'immatriculation, 60 francs ; 1 droit de bibliothèque, 40 francs ; 4 droits trimestriels de laboratoire de 150 francs, soit 600 francs ; 1 droit d'examen, 20 francs.

**Pathologie mentale et enseignement clinique des maladies mentales et de l'encéphale.** — L'enseignement des maladies mentales comprendra deux parties : une partie théorique, une partie clinique.

Le cours théorique, illustré autant que possible par des présentations de malades, constituera un exposé succinct des diverses maladies mentales. — Il aura lieu à Sainte-Anne, 1, rue Cabanis (Amphithéâtre de la clinique). — La première leçon sera faite le dimanche 29 novembre, à 10 h. 30.

L'enseignement clinique comprendra des présentations de malades, les mercredis, à 10 heures, et une consultation policlinique, le samedi, à 10 heures. — La première leçon aura lieu le mercredi 18 novembre.

Les autres jours, visite des malades dans les salles et enseignement élémentaire de la séméiologie mentale par MM. les chefs de clinique, et cours destinés aux stagiaires à 9 heures.

*Travaux de laboratoire.* — Les laboratoires de recherches biologiques sont ouverts aux médecins et aux étudiants sous la direction de MM. les chefs de laboratoire.

M. le professeur G. Dumas, chef de laboratoire de psychologie, dirigera les études de psychologie appliquée et expérimentale.

**Collège de France.** — M. le professeur H. Vincent, membre de l'Institut, a commencé son cours le mercredi 2 décembre, à 5 heures, à son laboratoire situé provisoirement 277, rue Saint-Jacques (Val-de-Grâce), et le continue les mercredis suivants à la même heure.

Objet du cours : *Biologie générale des fuso-spirochétoses. Etude de leurs principales déterminations.*

**Hôpital Ambroise Paré.** — MM. Desmarest, Hubert, Jacquelin, Monier-Vinard, Monbrun, Ramadier, Richet fils reprendront leur série de conférences à l'hôpital Ambroise Paré (82, rue de Saint-Cloud, à Boulogne, métro Porte de Saint-Cloud, puis tramway n° 1, Louvre-Versailles, descendre station rue de Saint-Cloud), chaque vendredi, à 11 heures précises :

*Détail des leçons.* — *Vendredi 20 novembre*, M. Charles Richet fils : L'abcès de fixation ; discussion : MM. Monier-Vinard, Huber et Ramadier. — *Vendredi 27 novembre*, M. Monier-Vinard : Psychopathes et délirants en pratique médico-chirurgicale, observations cliniques.

*Vendredi 4 décembre*, M. Huber : Cas de retour dans la scarlatine. — *Vendredi 11 décembre*, M. Ramadier : Surveillance de l'otite suppurée par le médecin : observations cliniques. — *Vendredi 18 décembre*, MM. Monier-Vinard et Desmarest : Traitement médico-chirurgical du goitre exophtalmique.

**Hôpital Lariboisière.** — M. Beau, électro-radiologiste des hôpitaux, fera le mercredi à partir du 18 novembre, dans le service d'Electrologie de M. Haret, une série de trois conférences élémentaires sur l'utilité de l'électro-diagnostic en clinique et les principales indications de l'électrothérapie.

**Un vœu du Congrès International du rat.** — Le IIe Congrès International du rat et de la peste, qui s'est tenu à Paris du 7 au 12 octobre dernier, a émis le vœu suivant, que l'Académie de médecine vient, sur la proposition de M. Gabriel Petit, d'appuyer de son autorité :

« Le Congrès international du rat et de la peste,

« Sur la proposition de son secrétaire général,

« Considérant que la période de crise actuelle est peu propice à la réalisation, selon le vœu de la Conférence de 1928, d'une véritable *Ligue internationale* contre le rat et tout en approuvant son idée, que justifie l'exceptionnelle gravité du fléau social à nouveau dénoncé ;

« Considérant, d'autre part, qu'une Croisade universelle contre le rat ne saurait se déclencher d'elle-même et par le seul fait qu'une Ligue serait fondée ; qu'elle implique une longue et laborieuse préparation ;

« Attire l'attention des Pouvoirs publics sur l'impérieuse nécessité de créer, en accord avec les différentes nations, un *Bureau officiel d'information et de propagande*, chargé de réunir toute la documentation et d'intensifier la lutte contre le rat ;

« Charge son Comité de porter ce vœu à la connaissance des gouvernements de le faire aboutir dans le plus bref délai possible. »

**Croisière de la « Revue générale des sciences » dans le monde polaire.** (Norvège, Spitzberg et Banquise). — Expédition touristique se rapprochant le plus du pôle, du 28 juillet au 21 août 1932, à bord du luxueux paquebot-yacht *Prince Olav*.

# NOUVELLES (*Suite*)

PROGRAMME. — *Jeudi 28 juillet.* — Départ de Paris pour Londres par le train du soir via Dunkerque-Tilbury.

*Vendredi 29 juillet.* — Arrivée à Londres le matin et départ immédiat pour Edimbourg par le *Royal Scot* où l'on arrivera à la fin de l'après-midi. Embarquement à bord du *Prince Olav* qui lèvera l'ancre à 19 heures. Dîner à bord.

*Samedi 30 juillet.* — En mer. Dans la soirée on arrive en vue de la côte norvégienne et, après une courte escale à Bergen, on repart vers les contrées légendaires du soleil de minuit.

*Lundi 1er août.* — Arrivée le matin à Trondheim. Dans la matinée, promenade en automobile aux cataractes de Lerfossen. Déjeuner à Fjeldseter d'où l'on jouit d'une vue splendide sur la ville et les fjords.

*Mardi 2 août.* — La croisière entrera dans le cercle polaire et escaladera l'après-midi au Svartissen, glacier qui recouvre la côte continentale sur une longueur de 55 kilomètres et qui descend jusque dans la mer. Dans la claire nuit d'été on apercevra l'immense mur des Lofoten.

*Mercredi 3 août.* — Dans l'après-midi, escale à Tromso.

*Samedi 6 août.* — Arrivée dans la matinée au Spitzberg, pays du soleil de minuit.

Tour à tour la croisière visitera depuis King's Bay, Cross Bay, toute peuplée d'icerbergs, Madgalène Bay, où d'extraordinaires édifices de glace ont maintes fois effaré les navigateurs, jusqu'à Green Harbour, Sassen Bay, Temple Bay, Advent Bay.

*Samedi 6 août, dimanche 7 août, lundi 8 août.* — Au cours de cette visite, le navire se dirigera vers le nord à la rencontre de la banquise, qu'il longera d'assez près pour permettre à chacun d'admirer le spectacle toujours changeant du paysage polaire. Le *Prince Olav* a atteint, le 9 août 1930, la latitude nord de 81°25', point qu'aucun bateau de touriste n'avait approché jusqu'alors.

*Mardi 9 août.* — Après avoir quitté le Spitzberg, on passe en vue de l'Ile aux Ours.

*Mercredi 10 août.* — Arrivée l'après-midi au Cap Nord.

*Jeudi 11 août.* — Escale à Hammerfest.

*Vendredi 12 août.* — Escale à Lyngseidet. Excursions en carrioles norvégiennes chez les Lapons.

*Samedi 13 août.* — Navigation à travers les îles Lofoten. On passera par Raftsund et Trollfjord bordés par une impressionnante rangée de montagnes tombant à pic dans la mer et dans lesquels la plupart des autres bateaux ne peuvent pas pénétrer.

Dans l'après-midi on relâchera à Svolvaer, port pêcheur le plus important de l'archipel.

*Dimanche 14 août.* — On passe en vue de l'îlot de Torghatten, très curieux par le tunnel naturel qui le traverse de part en part.

*Lundi 15 août.* — Arrivée tôt le matin à Nes, à l'extrémité du Romsdalfjord. De là excursion à Bjorli par une route empruntant la vallée du Romsdal qui prend au début l'apparence d'un parc boisé traversé par la torrentueuse rivière Rauma. Goûter à Bjorli. Après une escale à Molde on s'engagera dans le Geirangerfjord jusqu'à Merok qui en est le point extrême et où l'on arrivera tard dans la soirée.

*Mardi 16 août.* — Au départ de Merok, excursion en automobile au lac de glace de Djupvashytten.

On quitte Merok dans l'après-midi en remontant le Geirangerjford, l'un des plus sinueux.

*Mercredi 17 août.* — Arrivée dans la matinée à Bergen.

*Jeudi 18 août.* — En mer.

*Vendredi 19 août.* — Arrivée dans la matinée à Edimbourg, la cité de Marie Stuart, capitale de l'Ecosse.

Pendant l'escale, on visitera : le château le monument aux morts écossais, la cathédrale Saint-Gilles, le Parlement, le palais et l'abbaye de Holyrood, le monument de Walter Scott, le monument à Nelson, le mémoriat de Waterloo, etc. Dans l'après-midi, on repart à nouveau sur le *Prince Olav.*

*Samedi 20 août.* — Navigation côtière le long de l'Angleterre.

*Dimanche 21 août.* — Arrivée à Boulogne, tôt le matin. Départ pour Paris.

CONDITIONS DU VOYAGE. — Le prix de la croisière est établi en livres, soit, au cours actuel, à partir de 5 670 francs (prix applicable jusqu'au 1er janvier 1932 dans la mesure des places disponibles). Le prix de la croisière comprend tous les frais de l'embarquement au débarquement : transports maritimes et terrestres, nourriture, excursions, frais de batellerie, fauteuils de pont, pourboires à bord et à terre, et les billets de chemin de fer et de bateau en 1re classe de Paris à Edimbourg et de Boulogne à Paris, par les trains mentionnés ainsi que les repas au wagon-restaurant.

Les cabines sont toutes à une ou deux couchettes, non superposées, extérieures et munies du confort le plus moderne. Le *Prince Olav* ne comportant qu'un nombre restreint de cabines, nous ne saurions trop conseiller aux personnes désireuses de choisir leurs places de s'inscrire dès maintenant.

Le prix de base spécial de 5 670 francs sera consenti aux lecteurs de ce journal qui s'inscriront avant le 1er janvier 1932.

INSCRIPTIONS ET RENSEIGNEMENTS. — Au secrétariat de l'Association de la Presse médicale française, 23, rue du Cherche-Midi. Téléphone : Littré 14-91.

**Croisière médicale de Pâques.** — Le goût des voyages entre de plus en plus dans les mœurs. Les distances n'effraient plus personne, le progrès continue à les diminuer.

Malheureusement, deux obstacles s'opposent à la réalisation des grandes randonnées : le temps parfois, le prix presque toujours.

Un groupe de médecins français, sous le patronage de nos grands maîtres de Paris et de province, a décidé de résoudre la question en supprimant autant que possible ces deux obstacles. Sous l'égide d'un journal français, *la Gazette médicale de France*, ils ont organisé des croisières de vacances.

La prochaine est déjà assurée de succès, tant à cause de son programme que de la grande sécurité et du confort qu'offre la Compagnie Transatlantique qui affrète pour elle un de ses meilleurs paquebots.

Des prix exceptionnels ont été obtenus, des bourses de voyage seront distribuées aux élèves les plus méritants des hôpitaux de Paris et de province.

C'est le paquebot *Mexique* qui conduira jusqu'aux Canaries les nombreux confrères et leurs amis désireux

## NOUVELLES *(Suite)*

de se déplacer pendant les vacances de Pâques. Partis le dimanche 20 mars, ils seront de retour le lundi 4 avril, ayant parcouru les côtes de l'Espagne, du Maroc et des Iles Canaries. Voici l'itinéraire et les escales : Saint-Nazaire, le port de Vigo, la visite de Saint-Jacques de Compostelle, Cadix, excursion à Séville, Madère, les Iles Canaries et Ténériffe, Las Palmas, les ports du Maroc : Casablanca, Rabat, Salé. Enfin, dernière escale : Lisbonne, avant le retour à Saint-Nazaire.

Nous prions les confrères désireux de participer à cette croisière, de souscrire le plus rapidement possible, et de se documenter au bureau du Comité des « Croisières médicales françaises », 9, rue Soufflot, Paris.

**Legs à l'Académie de médecine.** — L'Assemblée est autorisée à accepter :

1º Un legs de 300 000 francs qui lui a été consenti par M. Isaac Léon Ricaux et devant constituer deux titres d'égale valeur. Les arrérages de ces rentes seront destinés à fonder deux prix annuels que l'Académie décernera à son gré à des savants français ou étrangers pour récompenser les travaux qu'ils auront faits en vue d'arriver à la guérison du diabète et de la tuberculose.

2º Une donation qui lui a été consentie par Mme H.-F. Giron de Buzareingues, veuve de M. J.-E. Péan, d'une somme de 100 000 francs, pour les arrérages en être affectés à la création d'un prix ou d'une bourse de voyage qui sera attribué, tous les quatre ans, à un étudiant en médecine français, méritant, sans fortune ou peu fortuné, se destinant à la chirurgie, pour l'aider à poursuivre ses études chirurgicales.

Ce prix portera le nom de « Fondation Jules-Emile Péan ».

**Clinique gynécologique Broca.** — Programme de l'enseignement de M. le professeur Jean-Louis Faure.

Lundi, 10 mars : Opérations, par M. E. Douay, chef des travaux gynécologiques.

Mercredi, 10 heures : Visite dans les salles et consultation, par le professeur ; opérations, par M. Roy, chef de clinique ; à 11 heures, Injections de lipiodol, par M. Douay.

Jeudi, 10 heures : Consultations, par M. Douay, Opérations, par M. Peytavin, chef de clinique.

Vendredi, 10 heures : Leçon clinique avec examen de malades, par le professeur. A 11 heures : Consultation pour la stérilité (insufflations tubaires), par M. Douay

Samedi, 10 heures : Grandes opérations, par le professeur.

*Consultations.* — Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 30 et sous la direction de M. Peytavin, chef de clinique (service de la consultation externe).

**Hopital Trousseau.** — Service de M. Lesné. — Depuis le 21 novembre 1931, M. Lesné fait tous les samedis, à 10 h. 30, une conférence de clinique et de thérapeutique infantiles, avec la collaboration de MM. de Gennes, Marquézy et Turpin, médecins des hôpitaux, et de MM. Baruk, Blamoutier, Boutelier, Clément, Coffin, Mlle Dreyfus-Sée, Mme Hardouin, MM. Béraux, Laporte, Launay, Maurice Lévy et Lièvre, anciens internes du service.

**Thèses de la Faculté de médecine de Paris.** — 1er *Décembre.* — M. Delom (Pierre), De la sympathectomie péri-artérielle par agent chimique. — M. Saint-Pierre (Louis), Contribution à l'étude de la ligamentopexie (Procédé de Doleris-Beck-Richelot). — M. Faugère (Pierre), A propos de quelques cas de séquelles neurologiques tardives chez des traumatisés cranio-cérébraux. — M. Grégoire (Jules), Etude des arthropathies des hémiplégiques. Rôle des troubles sympathiques dans leur pathogénie. — Mme Challe Champdemerle, Contribution à l'étude des facteurs de la croissance.

2 *Décembre.* — M. Grosperrin (René), Les manifestations hypertoniques consécutives à l'asphyxie oxycarbonée aiguë. — M. Moise Policzanscki, Tuberculose pulmonaire, grossesse et cure sanatoriale. — M. Bevalot (Jean), La transfusion sanguine dans les hémorragies du tube digestif.

**Thèses vétérinaires.** — 1er *Décembre.* — M. Renoult, Hyperpituitarisme expérimental chez la poule. — M. Desplanques, L'anaphylaxie sérique et de l'anaphylaxie tissulaire.

### *MEMENTO CHRONOLOGIQUE*

5 Décembre. — *Paris.* Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 10 h. 30. M. le professeur Carnot : Leçon clinique.

5 Décembre. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 9 h. 30. M. le professeur Cunéo : Leçon clinique.

5 Décembre. — *Paris.* Clinique médicale de l'hôpital Cochin, 10 h. 30. M. le professeur Achard : Leçon clinique.

5 Décembre. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine, 9 h. 30. M. le professeur Lejars : Leçon clinique.

5 Décembre. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades. Clinique médicale infantile, 10 heures. M. le professeur Nobécourt : Leçon clinique.

5 Décembre. — *Paris.* Hôpital Cochin, 11 heures, M. le professeur Pierre Delbet : Leçon clinique.

5 Décembre. — *Paris.* Clinique Tarnier, 10 h. 30. M. le professeur Brindeau : Leçon clinique.

7 Décembre. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription pour le concours d'électroradiologiste des hôpitaux de Paris.

7 Décembre. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du concours de médaille d'or de médecine.

7 Décembre. — *Paris.* Concours de médecin adjoint de l'hôpital de Vannes.

7 Décembre. — *Paris.* Concours de chef de clinique adjoint à la clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts.

8 Décembre. — *Paris.* Palais d'Orsay. Dîner de l'Umfia.

# NOUVELLES (*Suite*)

9 DÉCEMBRE. — *Paris*. Asile Sainte-Anne, 10 heures. M. le professeur CLAUDE : Leçon clinique.

9 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hospice des Enfants-Assistés, 10 h. 45. M. le professeur LEREBOULLET : Acrodynie chez le nourrisson.

9 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique propédeutique (hôpital de la Charité), 10 heures. M. le professeur SERGENT : Leçon clinique.

9 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique de la tuberculose (dispensaire Léon-Bourgeois), 11 heures. M. le professeur BERNARD : Leçon clinique.

10 DÉCEMBRE. — *Paris*. Assistance publique. Concours de l'internat de Brévannes, Sainte-Périne, Chardon-Lagache, Hendaye.

10 DÉCEMBRE. — *Paris*. Société végétarienne (mairie du VI$^{e}$ arrondissement), 20 h. 30 : Conférence de M. AVIAS. Les poisons alimentaires, et de M. le D$^{r}$ ED. LÉVY : Les émotifs et les anxieux. Les causes du mal.

10 DÉCEMBRE. — *Paris*. Assistance publique. Dernier délai pour les candidatures aux postes vacants d'assistants de consultations de médecine et de chirurgie des hôpitaux de Paris.

10 DÉCEMBRE. — *Paris*. Faculté de médecine, 21 heures M. le D$^{r}$ LUTEMBACHER : Thrombose cardiaque. Infarctus.

10 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique oto-rhino-laryngologique (hôpital Lariboisière), 10 heures. M. le professeur LEMAITRE : Leçon clinique.

10 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique thérapeutique médicale (hôpital de la Pitié), 10 h. 30. M. le professeur RATHERY : Leçon clinique.

11 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique obstétricale (hôpital de la Pitié), 11 heures. M. le professeur JEANNIN : Leçon clinique.

11 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital Saint-Antoine, 10 h. 30. M. le professeur BEZANÇON : Les manifestations articulaires dites rhumatismales de la tuberculose.

11 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, 10 h. 30. M. le professeur TERRIEN : Leçon clinique.

11 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique chirugicale infantile (hôpital des Enfants-Malades), 10 h. 30. M. le professeur OMBRÉDANNE : Leçon clinique.

11 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hospice de la Salpêtrière. Clinique des maladies nerveuse, 10 h. 30. M. le professeur GUILLAIN : Leçon clinique.

11 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique Baudelocque, 11 heures. M. le professeur COUVELAIRE : Leçon clinique.

11 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique gynécologique (hôpital Broca), 10 h. 30. M. le professeur J.-L. FAURE : Leçon clinique.

11 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, 10 h. 30. M. le professeur BEZANÇON, Leçon clinique : Le problème actuel de la maladie rhumatismale de Bouillaud.

11 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital Saint-Antoine. Clinique médicale, 10 h. 30. M. le professeur BEZANÇON : Le problème actuel de la maladie rhumatismale de Bouillaud.

12 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, à 10 h. 30. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

12 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, à 9 h. 30. M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique.

12 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine, 10 h. 30. M. le professeur LEJARS : Leçon clinique.

12 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital des Enfants-Malades. Clinique médicale infantile, 10 heures. M. le professeur NOBÉCOURT : Leçon clinique.

12 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital Cochin, 11 heures. M. le professeur PIERRE DELBET : Leçon clinique.

12 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique Tarnier, 10 h. 30. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

14 DÉCEMBRE. — *Paris, Bordeaux, Marseille*. Concours de médecin stagiaire de l'assistance médicale en Indochine.

14 ET 15 DÉCEMBRE. — *Paris*. Faculté de médecine. Consignation pour la session spéciale de réparation.

15 DÉCEMBRE. — *Paris*. Orchestre médical (mairie du VI$^{e}$). Reprise des répétitions.

15 DÉCEMBRE. — *Paris*. Préfecture de police. Concours de l'internat de la maison départementale de Nanterre.

15 DÉCEMBRE. — *Paris*. Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription pour le concours d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris.

16 DÉCEMBRE. — *Paris*. Assistance publique. Clôture du registre d'inscription pour le concours d'électro-radiologiste des hôpitaux de Paris.

16 DÉCEMBRE. — *Paris, Bordeaux, Marseille*. Concours de médecin de 2$^{e}$ classe de l'assistance médicale à Madagascar.

17 DÉCEMBRE. — *Paris*. Société végétarienne de France (mairie du VI$^{e}$), 20 h. 30. M. ED. LAMOUR : Un merveilleux organe ignoré des malades. — M. GEORGIA KNAP : Le radium et les miracles de la radioactivité.

19 DÉCEMBRE. — *Paris*. Préfecture de police. Clôture du registre d'inscription des candidats au concours de l'internat des Asiles publics d'aliénés de la Seine.

19 DÉCEMBRE. — *Paris*. Assistance publique, 14 heures. Répartition de MM. les élèves internes de 2$^{e}$, 3$^{e}$, 4$^{e}$ année dans les services des hôpitaux pour 1932.

20 DÉCEMBRE. — *Paris*. Assistance publique, 14 heures. Répartition de MM. les élèves internes de 1$^{re}$ année dans les services des hôpitaux de Paris pour 1932.

21 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital Trousseau. Réunion de la Société de laryngologie des hôpitaux de Paris.

21 DÉCEMBRE. — *Paris*. Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription pour le concours d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris.

21 DÉCEMBRE. — *Bordeaux*. Examen de médecine coloniale.

28 DÉCEMBRE. — *Nancy*. Concours de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Besançon.

29 DÉCEMBRE. — *Paris*. Assistance publique. Clôture du registre d'inscription pour le concours d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris.

31 DÉCEMBRE. — *Turin*. Académie royale de médecine. Clôture de réception des envois pour le prix Ribière (écrire à M. Boffio),

# CHRONIQUE DES LIVRES

***Le dosage des sels biliaires dans la bile et le liquide duodénal***, par CUNY, 1 vol. in-8 de 220 pages, 30 francs (*Masson édit.*).

Le livre de M. Cuny, avec une préface de M. Chiray, est, dans la première partie, une étude chimique, très complète, sur les sels biliaires, sur la composition de la bile, et l'isolement de quelques acides et sels biliaires.

Dans la deuxième partie, sont étudiés : le dosage des sels par la méthode pondérale, la tension superficielle, l'hydrolyse alcaline avec dosages gazométriques, colorimétriques ou volumétriques, les réactions de Pettenkofer, de Ville et Derrien, d'Inouye et Ito, de Meillière, de Jolles, de Mylios, donnant lieu aux méthodes de Hertzfeld et Hœmmerle, de Coquelet, d'Aldrich et Bledsoe et à la méthode personnelle de Cuny. Les difficultés tiennent à ce qu'il ne s'agit pas là de deux composés bien définis, mais d'un complexe dont tous les éléments, en proportion variable, ne se laissent pas également saisir et pour lesquels on ne peut guère pratiquer jusqu'ici qu'une estimation globale. Néanmoins, les diverses méthodes donnent des résultats voisins qui permettent une interprétation clinique exacte.

P. C.

***Le traitement insulinique du diabète***, par le professeur RATHERY 1 vol. in-8 de 130 pages, 15 francs (*J.-B. Baillière édit.*, 1931).

Le professeur Rathery a fait paraître, en un petit volume qu'il a eu la délicate pensée de me dédier, les Conférences du Dimanche faites à l'Hôtel-Dieu sur le traitement insulinique du diabète.

Comme le dit l'éminent conférencier, l'insuline est venue modifier profondément le pronostic du diabète ; mais il ne faudrait pas faire table rase des travaux antérieurs et négliger notamment le régime de Bouchardat qui, dans bien des cas, suffit à assurer un état voisin de la santé ; c'est qu'en effet l'insuffisance d'insuline n'explique pas tout le diabète.

Fort de sa grande expérience des diabétiques, le professeur Rathery étudie la technique et les indications de la cure insulinique dans le diabète, ses résultats habituels, les fausses et les vraies insulino-résistances, les tests de curabilité, les guérisons totales et les améliorations obtenues. Il étudie ensuite l'insuline dans le coma diabétique, le traitement de la crise, le traitement post-comateux, puis l'insuline dans les autres complications du diabète. Il étudie enfin les accidents dus à l'insuline, qu'on doit bien connaître pour les éviter et pour les soigner.

Dans ce petit volume de 128 pages sont pratiquement étudiés, pour le médecin, et sans théories nuageuses, les indications, la technique et les résultats d'une des plus belles thérapeutiques récentes, dont chacun doit savoir se servir.

P. CARNOT.

***La constipation et son traitement***, par le Dr A. BÉCART. Brochure de 24 pages avec figures dans le texte et 4 planches hors texte, 6 francs (*G. Doin et Cie édit.*, 1931).

On a beaucoup écrit sur ce sujet ; le mérite de cette plaquette est sa concision et sa clarté.

Après un rappel des notions de physiologie des mouvements du gros intestin, Bécart étudie la constipation, dont il distingue deux grandes variétés : la constipation due à un trouble dans les mouvements du côlon, ou *constipation colique*, d'une part, qui relève d'une insuffisance digestive ou glandulaire, soit de la colite, soit enfin d'un dolichocôlon ; d'autre part, la constipation qui relève d'un trouble dans le mécanisme évacuateur : *dyschésie sigmoïdienne ou rectale*.

L'auteur étudie cliniquement chacune des variétés de constipation et arrive au traitement trop souvent négligé, par l'emploi à tour de rôle ou en série des laxatifs les plus divers.

A chaque variété de constipation convient un traitement spécial : ce qui réussit dans un cas non seulement ne donnera aucun résultat dans d'autres, mais peut au contraire être nuisible, aussi banal et anodin que puisse paraître le traitement.

Il conclut en montrant qu'un diagnostic étiologique précis, une étude exacte de la variété de constipation à laquelle on a affaire, et son corollaire, l'application du traitement approprié, permettent de guérir presque toujours les cas de constipation les plus invétérés.

***Maladies du cœur***, par M. A. CLERC, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Lariboisière ; ***Maladies des vaisseaux***, par M. A. CLERC et P. NOEL DESCHAMPS, t. IV des *Précis de pathologie médicale*. 1 vol. de 1 300 pages, avec 254 figures, 100 francs (*Masson*, 1931).

La pathologie du cœur s'est profondément modifiée depuis quelques années. Des méthodes nouvelles d'examen telles que la sphygmomanométrie, l'électrocardiographie, la radioscopie, ont permis de mieux apprécier le fonctionnement cardio-vasculaire à l'état normal et pathologique et de mieux interpréter les affections cardiaques ; une analyse très précise des faits observés a transformé la radiologie. Divers traités didactiques, comme celui du professeur Vaquez et celui, tout récent de Ch. Laubry, ont mis au point l'exposé de toutes ces nouvelles acquisitions. Un *Précis*, moins important destiné surtout aux étudiants, englobant, à côté des

# CHRONIQUE DES LIVRES *(Suite)*

sujets classiques, toute la radiologie moderne, vient d'être publié par le professeur A. Clerc, dont les travaux sur la pathologie circulatoire sont bien connus.

Il l'a mené à bien en s'aidant, pour la partie qui concerne les vaisseaux, du Dr P.-Noël Deschamps, de longue date spécialisé en cardiologie.

Une partie importante de l'ouvrage est consacrée à la séméiologie, à la pathologie générale et notamment aux diverses méthodes d'examen du cœur et des artères, qui permettent aujourd'hui de préciser le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique des affections cardio-vasculaires.

Il est des questions d'actualité qui méritent une description plus détaillée. Le professeur Clerc s'est, à cet égard, attaché à l'étude précise des arythmies, de l'angine de poitrine et des obstructions coronariennes, de l'insuffisance cardiaque, de l'hypotension artérielle, des aortites et des artérites oblitérantes des membres.

L'exposé de la thérapeutique des affections cardiaques et vasculaires est l'objet de quelques pages précises et utiles à tous.

Ce manuel, richement illustré, bien écrit, très complet, ne peut que rendre service à tous.

P. L.

***Manuel de clinique chirurgicale journalière***, par H. LORIN, ancien prosecteur à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8 de 670 pages, 115 francs (*G. Doin et Cie, éditeurs*).

Ce livre constitue un manuel pratique, présentant la clinique chirurgicale sous une forme nouvelle. Et l'auteur y expose, suivant une présentation claire et concise, l'examen des principaux types de malades chirurgicaux que l'on rencontre dans la pratique courante.

Dans une première partie, l'ouvrage traite de pathologie et clinique générales (infection, tumeurs, traumatismes...); dans une deuxième partie, de discussions diagnostiques au lit du malade ; les cas cliniques sont groupés par régions.

Et toujours l'auteur a su montrer comment, par l'analyse des symptômes, par la conduite de l'examen clinique, il faut « manœuvrer », et quelle tactique il faut suivre pour découvrir le diagnostic exact. De même pour chaque symptôme, il a su en donner la valeur pronostique.

Si la thérapeutique chirurgicale n'y est point traitée, le livre étudie minutieusement tous les renseignements que l'examen clinique doit fournir afin de poser l'indication thérapeutique : c'est dire sa portée pratique.

Enfin, de nombreux chapitres précédés de rappels d'anatomo-pathologie et de pathogénie, des illustrations variées, schématiques et démonstratives, font de cet ouvrage un véritable manuel de pathologie externe.

J. ROUSSET.

***La doctrine de l'homœopathie française***, par le Dr LÉON VANNIER. Un volume in-16, de 328 pages avec figures dans le texte : 28 francs (*Gaston Doin et Cie édit., Paris, 1931*).

L'homœopathie est à l'ordre du jour. Pas une semaine ne s'écoule sans qu'on puisse lire dans un journal médical un article qui la loue ou qui la critique. Mais aucun auteur n'a encore répondu à cette question précise : *Qu'est-ce que l'homœopathie*, pourquoi faut-il l'admettre ?

L'homœopathie n'est pas seulement une méthode thérapeutique qui permet de « mieux guérir », elle constitue une véritable *doctrine* que tout médecin doit connaître, car il trouve dans son étude une immense satisfaction : celle de connaître enfin *le jeu fonctionnel de chaque malade*, nécessaire à comprendre pour lui apporter le remède qui guérit.

Sous la plume alerte du chef incontesté de *l'École de l'homœopathie française*, l'homœopathie apparaît comme une *thérapeutique simple et claire, facile à appliquer*, dont les notions élémentaires, expliquées, permettent au médecin d'aborder son étude sans aucune difficulté.

Notons la description de deux formes cliniques jusqu'alors ignorées : le *Tuberculinique* (état prétuberculeux) et le *Cancérinique* (état précancéreux) dont l'auteur expose les causes, les signes et le traitement, qui permet d'éviter le développement de la tuberculose et du cancer.

***Le pouls alternant***, *Étude clinique et essai de pathogénie*, par MARCEL POUMAILLOUX. Un volume de 240 pages avec 18 figures : 35 francs (*Masson et Cie édit., 1931*).

L'alternance du pouls, en tenant compte de ses formes frustes ou passagères, se décèle aisément et fréquemment par les diverses méthodes d'enregistrement de la tension artérielle.

Ce symptôme ne doit pas être considéré comme un phénomène rare, que seuls des tracés pris avec soin permettraient de mettre en évidence. Tout praticien doit être à même de le rechercher et d'en apprécier la valeur. Le pronostic de haute gravité qui tendait à lui être systématiquement attribué doit être revisé et il est certains cas qui font exception à cette règle.

Dans cette monographie dont le sujet n'avait pas été repris depuis longtemps, on trouvera, à côté des notions classiques sur le pouls alternant et de considérations pathogéniques nouvelles, les conséquences pratiques que l'auteur a cru pouvoir en tirer.

Il n'existe pas un pouls alternant relevant d'une cause unique, mais en réalité des alternances de nature très diverse : alternance d'ordre hydraulique, alternance cardiaque mécanique provoquée par des troubles du rythme, alternance de fibres myocardiques, alternance électrique, pour en citer les principales.

A propos de l'alternance électrique on trouvera exposée une interprétation originale de l'onde T du complexe électrocardiographique.

Quant à l'alternance artérielle proprement dite, reprenant et développant les conceptions hémodynamiques de Wenckebach, l'auteur la rattache à un trouble de l'hydraulique circulatoire : surcharge cardio-vasculaire où l'insuffisance cardiaque ne joue pas un rôle exclusif mais où l'augmentation de la tension artérielle et l'accélération, voire l'irrégularité du rythme sont également des facteurs déterminants. Tout n'est pas dit sur ce problème, et de la recherche systématique de l'alternance, chez tous les hypertendus, pourrait ressortir sans doute encore bien des observations intéressantes.

# REVUE DES CONGRÈS

## XIII[e] RÉUNION ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE

*Paris, 9 octobre 1931* (1).

PREMIÈRE QUESTION.

### Traitement du pied bot varus équin congénital après deux ans.

Rapporteur : M. A. TRÈVES (de Paris).

Le rapport très complet et très documenté qui a été présenté ne vise pas, l'auteur y insiste, à constituer un travail original, mais surtout une mise au point de l'état actuel de la question.

Le besoin s'en faisait sentir, car si, en Allemagne, le sujet a été discuté à la Société d'orthopédie en 1911, 1912 et 1923, en France, aucune discussion n'a eu lieu depuis le Congrès de chirurgie de 1896 (Rapport de Forgue).

**Début du traitement.** — Le premier point sur lequel l'unanimité est faite est la nécessité de faire débuter le traitement le plus tôt possible, dès la première semaine après la naissance. C'est le traitement classique, par redressement manuel et contention au moyen de bandes adhésives ou d'attelles. Il est indispensable que l'hypercorrection soit obtenue et maintenue quand l'enfant commencera à marcher, car si la marche aggrave les lésions du pied bot non redressé, elle complète la guérison du pied déjà hypercorrigé.

Toutes les statistiques montrent que le traitement très précoce procure un nombre important de guérisons définitives.

Lorsque le traitement a débuté tardivement (après un an), le nombre des cas qui ont été obligés de subir des opérations sanglantes devient très élevé.

« Si le traitement précoce n'amène pas à coup sûr la guérison définitive, lorsque cette guérison est obtenue, elle est d'une qualité supérieure à celle que donnent tous les traitements tardifs. »

REDRESSEMENT FORCÉ. — « Le redressement forcé à la main, sous anesthésie, conserve encore en France d'assez nombreux partisans, malgré la tendance de plus en plus chirurgicale. »

Sur la technique, peu de variantes : les trois éléments de la difformité sont successivement attaqués, l'adduction redressée sur un coin ou fer à repasser, supination calcanéenne sur le bord de la table, l'équinisme par pression de la plante sur la poitrine de l'opérateur, avec ou sans ténotomie préalable. Immobilisation en botte plâtrée avec laquelle la marche est recommandée ; si l'hypercorrection n'a pas été obtenue à la première séance, souvent après un séjour en plâtre on l'obtient plus facilement. Deux, trois redressements peuvent être indispensables.

Les divergences portent surtout sur l'âge limite auquel le redressement forcé manuel peut donner des succès complets et durables. Alors que la plupart des auteurs ne l'emploient plus après deux, trois ans, C. et R. Ducroquet l'appliquent jusqu'à cinq ans et parfois chez l'adolescent et l'adulte. Il en est de même de Jules Wolff en Allemagne.

(1) Association de la Presse médicale française.

On a cherché à remplacer le redressement manuel par diverses méthodes : corrections progressives par tractions élastiques, méthode de Bier, dont l'emploi a été restreint.

TARSOCLASIE. — La tarsoclasie, qui est abandonnée en France, est encore très en faveur en Allemagne, Etats-Unis et Angleterre.

En Allemagne, la technique de Lorenz (redressement manuel sur le coin de bois, puis ostéoclasie pour compléter l'hypercorrection, mise en plâtre) a fait place à celle de Schultze (section transversale des jumeaux, redressement avec deux ostéoclastes différents).

Les auteurs anglo-saxons utilisent surtout la griffe de Thomas. Analysant longuement les résultats obtenus par les divers chirurgiens, le rapporteur constate que l'ostéoclasie expose à des complications beaucoup plus fréquentes et plus graves que les autres méthodes de traitement (déchirures de la peau, des parties molles de la plante, fractures de jambe, escarres, genu valgum par dislocation du genou, convulsions et mort par embolie graisseuse). Les résultats ne sont pas toujours parfaits, le pied hypercorrigé est souvent un pied plat. « La tarsoclasie ne met pas à l'abri des rechutes et l'on comprend que tant d'auteurs usent des transplantations complémentaires pour l'éviter. »

Pas plus au point de vue de la forme et de la fonction du pied que de la durée du traitement ces résultats ne peuvent soutenir la comparaison avec ceux des méthodes employées en France.

**Interventions sur les parties molles.** — *A.* LE TENDON D'ACHILLE. — « Les auteurs s'accordent en général pour ne pas y toucher avant d'avoir corrigé le varus et la supination ; mais l'accord s'arrête là. »

Alors que, en France, on pratique la ténotomie précocement dans les premiers mois de la vie, en Allemagne et dans les pays anglo-saxons on recule le plus longtemps possible cette section, et même on l'évite, si possible, la considérant comme nuisible. On lui reproche l'absence de réunion (talus consécutif) et surtout l'atrophie du mollet. Le rapporteur repousse cette dernière assertion : cette atrophie est primitive, due au vice de développement.

La technique est variable : ténotomie haute de Jalaguier chez les jeunes ; le doublement à ciel ouvert, plus tard, a beaucoup de partisans en France.

*B.* APONÉVROSES ET LIGAMENTS. — « La section de l'aponévrose plantaire constitue souvent un complément indispensable du redressement, même chez le jeune enfant. » Certains auteurs y adjoignent la section partielle sous-cutanée du ligament latéral interne.

Lorsqu'on veut pratiquer d'autres sections ligamento-tendineuses, il convient d'opérer à ciel ouvert. Telle l'opération que M. Nové-Josserand a longtemps préconisée à partir de trois mois (section *à ciel ouvert* du tendon d'Achille et au besoin des ligaments postérieurs, puis des deux étages de fibres du ligament latéral interne). Une méthode analogue est employée en Allemagne sous le nom d'opération d'Ober et en Italie sous celui d'Agostino.

Plus complexe est l'opération d'Anzillotti et aussi celle décrite par Massart et Majnoni d'Intignano (reposition sanglante de l'astragale), technique d'ailleurs maintenant abandonnée par leurs auteurs.

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Ces interventions sur les ligaments et les aponévroses ne doivent constituer qu'un adjuvant au redressement manuel chez l'enfant jeune. Elles doivent donc rester aussi peu mutilantes que possible. Le gros obstacle dans les opérations à ciel ouvert sur le bord interne du pied est la difficulté de la suture de la plaie. C'est cet obstacle qui a fait abandonner ces méthodes.

*C.* Opérations sur les tendons. — En dehors du tendon d'Achille, les sections tendineuses sont inutiles chez le jeune enfant, ils se laissent distendre.

*D.* Opérations sur les tendons et ligaments internes. — L'arthrotomie interne de la médio-tarsienne, l'opération de Phelps-Kirmisson semble à peu près abandonnée. La cause en est la difficulté de combler la brèche interne.

En Italie on utilise beaucoup l'opération de Codivilla, qui à l'arthrotomie de Phelps ajoute celle de la sous-astragalienne et de multiples allongements tendineux par dédoublement.

*E.* Transplantations tendineuses et ténodèse. — On a surtout utilisé la transplantation du jambier antérieur soit sur le milieu du pied, soit même à son bord externe. On a aussi transplanté le jambier postérieur au bord externe du pied (Wullstein). Delagénière transplantait de plusieurs manières différentes le tendon d'Achille sur les tendons péroniers. On a reproché à ces méthodes d'entraîner souvent la formation d'un pied plat.

La ténodèse du court péronier (Baron, Ombrédanne) ou des deux péroniers (Mutel et Rœderer) peut aider à fixer le résultat des redressements.

De toute manière ces opérations ne peuvent être que l'adjuvant d'un redressement préalable.

**Opérations sur le squelette.** — *A.* Evidement tarsien. — L'opération d'Ogiton comporte l'évidement à ciel ouvert, en respectant les interlignes articulaires, du noyau osseux astragalien, et au besoin du cuboïde, et la partie antérieure de la grande apophyse du calcanéum.

Cette méthode a été employée en France, surtout, depuis que Meneière (de Reims) a réglé une technique d'évidement sous-cutané. Elle a été préconisée surtout par Lamy. Naturellement elle ne peut être utilisée que chez le jeune enfant, tant que les noyaux osseux sont encore entourés par une épaisse coque cartilagineuse : 4 centimètres pour les uns, 6 centimètres pour d'autres, 8 centimètres même pour certains.

On a reproché à la méthode d'être aveugle. Si les articulations ont été lésées, le pied reste enraidi, douloureux. Le rapporteur réfute ces critiques, qui selon lui n'atteignent que l'opération sous-cutanée. Il expose sa propre technique. L'opération d'Ogiton à ciel ouvert est bien réglée. On n'ouvre aucune articulation. Il insiste aussi sur l'importance du traitement post-opératoire : plâtre en hypercorrection pendant quatre ou cinq mois, puis chaussure de jour et gouttière en hypercorrection la nuit.

*B.* Tarsectomies. — Le rapporteur en distingue trois sortes :

Les *tarsectomies partielles* ou économiques qui ne cherchent pas à corriger tous les éléments de la difformité par un sacrifice osseux, mais ne visent qu'à compléter un redressement forcé, ou à parer à une récidive. Telle l'opération de Ch. Nélaton, résection de la cale prépéronière de l'astragale et coin antérieur de la grande apophyse du calcanéum.

Analogues sont les ostéotomies cunéiformes du col de l'astragale ou de la grande apophyse du calcanéum de Bradford et Lovett, Codivilla, Agostino.

Plusieurs auteurs allemands s'attaquent uniquement au calcanéum, soit par résection verticale de la grande apophyse ou du corps (Kirsch, Schultz), soit par ostéotomie cunéiforme horizontale (Hohmann), soit encore par évidement cunéiforme du calcanéum (Debrümmer).

Les tarsectomies partielles ne sont, malgré tout, que des opérations d'exception.

Dans les pieds bots invétérés chez l'enfant âgé et chez l'adulte, l'intervention classique est la *tarsectomie cunéiforme dorsale externe*. Pratiquée comme Farabeuf l'a décrite, elle consiste à enlever du massif tarsien un coin osseux à base supéro-externe calculée pour corriger tous les éléments de la difformité.

Gross procède autrement. Il commence par une *astragalectomie*, souvent suffisante, et, le cas échéant, complète en réséquant un coin de la grande apophyse du calcanéum. Cette ablation première de l'astragale a le grand avantage de limiter les sacrifices osseux.

L'astragale est l'os le plus déformé dans le pied bot. Son ablation permet la correction de l'équinisme et de la plus grande partie du varus et de la supination. On a reproché à l'ablation de l'astragale d'affaiblir la voûte plantaire et de prédisposer au pied plat. La technique de Gross a cependant chez nous des défenseurs, et le rapporteur lui reconnaît de gros avantages.

*La double arthrotomie cunéiforme dans le couple de la torsion* du professeur Ombrédanne a le triple avantage de conserver la partie articulaire de l'astragale, de corriger les éléments de la déformation là où ils se produisent, et de fixer le redressement. Pour M. Ombrédanne, c'est le traitement de choix à partir de sept ou huit ans. Le rapporteur ne croit pas qu'à cet âge la conservation de l'astragale soit bien utile; la tibio-tarsienne est toujours enraidie. L'arthrodèse de la médio-tarsienne lui semble une erreur. Il préfère effectuer le redressement en dehors de cette articulation qui présente souvent chez les pieds bots âgés une suppléance très utile pour la flexion du pied.

*C.* Tarsoplasties. — *Techniques particulières.* — On reproche surtout à la tarsectomie cunéiforme de nécessiter une exérèse osseuse considérable qui donne des pieds très courts. C'est pour éviter cet inconvénient que Wilms prélève sur le bord externe un coin comprenant la tête et une partie du col de l'astragale et de la grande apophyse du calcanéum ; faisant ensuite bâiller la partie interne de l'interligne de Chopart avivé, le coin osseux y est inséré de force. Albee remplace le coin tarsien par une greffe prélevée sur le tibia.

En France, Ombrédanne, Rocher ont utilisé cette méthode dont les résultats sont inégaux.

MM. Nové-Josserand et L. Michel ont employé chez les enfants, entre trois et six ans, une technique spéciale comprenant deux temps différents : une arthrodèse modelante sous-astragalienne et un évidement osseux du cuboïde, du col et de la tête de l'astragale et de la grande apophyse du calcanéum. Il est indispensable d'abaisser le moignon de la tête et du col de l'astragale

qui pourraient se relever et venir faire cale devant le tibia. Modelage manuel, puis contention.

*Metatarsus varus.* — S'il s'agit d'un vrai metatarsus varus associé au pied bot, sa cure devra être cherchée dans l'ostéotomie du premier ou des deux premiers métatarsiens. S'il s'agit d'une ébauche de récidive par adduction de l'avant-pied, c'est vers l'astragale et la médio-tarsienne qu'il faut porter ses regards et le remède.

*Déformations du membre inférieur.* — On sait qu'on peut observer associée au pied bot une torsion des deux os de la jambe tantôt en dedans, tantôt en dehors. La première, qui se voit chez les enfants jeunes, est probablement congénitale. On a conseillé divers appareils pour y remédier, voire même l'ostéotomie. En réalité, l'indication de leur emploi est très rare ; si l'hypercorrection a été obtenue sur le pied, la marche dans cette attitude favorise le redressement progressif de la torsion.

La torsion en dehors s'observe sur des enfants âgés ayant longtemps marché sur un pied très déformé. Elle s'associe souvent au genu valgum. Ces déformations peuvent nécessiter un traitement particulier.

RÉCIDIVES. — *Durée du traitement. Guérison.* — Le rapporteur insiste à juste titre sur ce fait que la récidive peut survenir après n'importe quel traitement, même lorsque l'hypercorrection complète a été obtenue. Cette tendance à la reproduction du pied bot, dont les causes nous échappent, semble disparaître vers l'âge de sept ou huit mois. Le maintien de la correction diurne et nocturne devra donc être poursuivi jusqu'à cet âge. L'enfant devra rester sous une surveillance médicale stricte pendant tout ce temps. Tout début de récidive, adduction de la pointe ou supination du talon, devront être l'objet d'un traitement immédiat (redressement forcé, section des parties molles, plâtre en hypercorrection). Ces récidives légères pourront se reproduire plusieurs fois et le chirurgien ne devra pas se lasser de les soigner. En cas de récidive plus grave, une opération osseuse peut devenir nécessaire, mais si l'enfant a été soigné très jeune, suivi régulièrement, ces opérations mutilantes seront évitées. « Il est efficace et simple de faire une tarsectomie. Il est meilleur d'en supprimer l'indication » (Forgue).

**Conclusions.** — L'accord n'est pas près de s'établir entre les auteurs sur les méthodes du traitement du pied bot. La divergence fondamentale est entre la tendance purement orthopédique et la tendance chirurgicale.

Chez le jeune enfant, jusque vers deux ans, l'irréductibilité est relative. La correction est obtenue avec une chirurgie minima, sous-cutanée le plus souvent, qui ne sera que l'auxiliaire du redressement manuel.

Plus tard, en raison des déformations et déplacements osseux, la déformation devient irréductible. L'évidement tarsien plus ou moins étendu, pratiqué à ciel ouvert, permet de modeler le cartilage sans toucher aux articulations. A partir de sept ou huit ans, sauf dans certaines récidives légères, les sacrifices osseux deviennent nécessaires. Lorsque l'amplitude des mouvements de la tibio-tarsienne est suffisante, on peut conserver l'astragale. Les doubles ostéotomies cunéiformes, astragalo-calcanéenne verticale, calcanéenne horizontale, seront préférées aux arthrodèses à cause du rôle de suppléance du Chopart. Si l'articulation tibio-tarsienne est enraidie, l'astragale sera enlevé et l'ablation d'un coin cuboïdo-calcanéen réduira le varus.

Chez l'adulte, les sacrifices osseux peuvent être plus considérables. On y procédera par tranches successives.

Deux points paraissent surtout fixés jusqu'ici : la nécessité du traitement précoce, l'application de méthodes chirurgicales aussi bénignes et peu mutilantes que possible.

Le rapporteur fait suivre ce très intéressant exposé de neuf observations de pieds bots traités par différentes méthodes avec production radiographique des résultats éloignés.

## *Discussion.*

M. R. DUCROQUET (Paris), s'appuyant sur l'expérience de son père et la sienne, prend la défense du redressement manuel forcé. Un pied bot, avant quinze ans, est toujours partiellement redressable à la main. Il montre la technique à suivre tant pour le redressement que pour l'appareillage post-opératoire.

Il montre par des exemples que, même chez l'adulte, le redressement manuel peut donner des guérisons.

Pour les cas où l'on est obligé d'intervenir chirurgicalement, l'opération de choix est la double arthrodèse modelante, qui est rarement indiquée avant treize ans.

Il termine en montrant les inconvénients de l'astragalectomie qui donne toujours une marche défectueuse.

M. C. RŒDERER (Paris). Les pieds bots traités jeunes par le modelage manuel sont les seuls qui guérissent. Ils ne guérissent pas tous, car il y a ceux qui ont eu un traitement négligé et certaines formes graves qui ne cèdent pas au redressement.

Pour les récidives de trois à cinq ans, il pratique le redressement forcé d'abord, puis l'évidement à ciel ouvert, en y joignant l'ablation de la cale prépéronière et les ténotomies nécessaires. Il insiste sur le traitement consécutif (chaussure, appareil de nuit).

Pour les récidives après cinq ans, il convient d'opérer, et la tarsectomie cunéiforme lui semble la meilleure opération.

M. PAPIN (Bordeaux) a eu occasion de voir pratiquer et de pratiquer une modification de l'opération de Phelps par le Dr Salabéry (de Bilbao). Le principal obstacle au redressement forcé serait la peau du bord interne du pied.

La méthode consiste à sectionner les téguments de ce bord, pratiquer le redressement forcé, inciser l'aponévrose et les ligaments astragalo-scaphoïdiens, puis faire un deuxième redressement forcé ; on obtient ainsi facilement un redressement complet avec un bâillement articulaire de 4 centimètres. On panse sans fermer, et on met en plâtre pour deux mois en faisant marcher l'enfant. A la sortie du plâtre, la plaie est fermée par une cicatrice linéaire et le pied présente un allongement de 3 centimètres de son bord interne. On remet en plâtre pour deux mois.

Après sept ans, la méthode du professeur Ombrédanne lui semble la technique la meilleure.

M. CONTARGYRIS (Athènes). — L'opération de Phelps, donne des résultats variables, souvent des récidives.

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Il a utilisé le procédé de Nové-Josserand (section du ligament deltoïdien à ciel ouvert), avec deux succès et un échec. Le procédé d'Ombrédanne lui semble donner les meilleurs résultats éloignés.

M. Van HALERT (Gand) pratique le redressement forcé à tous les âges; même incomplet, il permet de limiter les exérèses chirurgicales.

Jusqu'à cinq ou six ans, il pratique le redressement manuel suivi du maintien de l'hypercorrection dans des attelles. Les deux pieds sont maintenus en rotation externe par un ressort qui les solidarise. En jour, soulier à semelle droite.

Après cinq ou six ans, après redressement forcé, il pratique le verrouillage par arthrodèse calcanéo-cuboïdienne, et s'il persiste de la supination du calcanéum, l'arthrodèse sous-astragalienne.

Si cela ne suffit pas, il pratique la tarsectomie. Si le sacrifice osseux lui paraît devoir être trop grand, il utilise la méthode d'Albee.

M. LUCIEN MICHEL (Lyon) a recherché les résultats éloignés des malades opérés dans le service du Dr Nové-Josserand.

Sur 24 traités par redressement forcé il y a eu 11 échecs. Il y a donc plus de la moitié des cas guéris, et pour les autres on a au moins gagné du temps.

Parmi ceux qui ont eu la ténotomie d'Achille, on observe un certain nombre de talus.

Sur 29 enfants opérés par section du ligament latéral interne à ciel ouvert, il y a eu 11 succès et 18 échecs (adduction de l'avant-pied, léger varus).

L'évidement tarsien partiel joint à l'arthrodèse sous-astragalienne, opération pratiquée avant sept ans, a donné de très beaux résultats.

On observe un allongement compensateur du bord interne du pied; le scaphoïde, non évidé, se développe et forme cale empêchant la récidive.

La double résection avec arthrodèse d'Ombrédanne a été pratiquée 9 fois avec 1 échec chez un enfant de quatre ans. Certains ont été opérés à deux ans et demi. Chez l'enfant jeune, la sous-astragalienne se soude bien, mais l'arthrodèse de la médio-tarsienne ne peut être obtenue. La limite inférieure de l'opération doit être portée à cinq ans et demi.

L'astragalectomie pratiquée dans 7 cas a donné 2 échecs.

On peut envisager trois étapes thérapeutiques: de deux à quatre ans, redressement manuel ; de quatre à cinq ans et demi, évidement osseux avec arthrodèse sous-astragalienne ; au-dessus, la double arthrodèse cunéiforme.

M. BILLET (Lille) remarque comme le rapporteur qu'il existe fréquemment des récidives après un traitement correct. Il y a dans le pied bot un facteur d'origine centrale, probablement dans le système nerveux. Il ne comprend pas plus l'évidement à ciel ouvert que sous-cutané. C'est toujours une opération aveugle, car on ne sait pas ce que le développement osseux donnera avec ce qui reste. Il cite 2 cas vus longtemps après un évidement avec des résultats désastreux. Chez l'un, opéré des deux côtés de manière identique, il y avait d'un côté un pied plat et de l'autre un pied talus. Quand toutes les méthodes orthopédiques ont échoué et qu'il faut opérer, il pratique la résection cunéiforme en conservant la partie articulaire de l'astragale et les parties molles plantaires. Les résultats sont excellents.

M. R. MASSART (Paris) montre le résultat éloigné des diverses opérations.

La tarsectomie dorsale sur des sujets déjà traités, souvent bilatéraux. Tous ont un bon appui.

L'astragalectomie. Le pied est court, mais la forme est bonne et l'appui bon.

Les malades ayant subi un évidement ont dû tous être réopérés.

La reposition de l'astragale par section ligamentaire telle qu'il l'a pratiquée chez le jeune, donne de bons résultats si on mobilise longtemps, sans quoi le pied est raide.

La résection particlle astragalienne avec arthrodèse sous-astragalienne donne d'excellents résultats.

M. DELCHEF (Bruxelles), prend la défense de la méthode de Lorenz : redressement modelant sur le coin de bois puis à l'ostéoclaste. Il insiste sur les différents temps de la technique : nécessité de manipulations très longues, quarante-cinq minutes à une heure, jusqu'à ce que le pied soit absolument flasque.

L'appareillage consécutif doit être très strict : plâtre très modelé dans lequel l'enfant doit marcher et qui peut être renouvelé deux ou trois fois. On obtient jusqu'à dix ans et plus des redressements parfaits.

M. GOURDON (Bordeaux) constate qu'on est d'accord pour adopter le massage modelant pour les pieds souples et les interventions sanglantes pour les irréductibles. Dans le redressement forcé il emploie aussi l'ostéoclaste de Lorenz, qui facilite le redressement. Parfois, trois, quatre, cinq séances sont nécessaires avant le redressement complet. Il est nécessaire de faire marcher dans le plâtre.

Les récidives doivent être traitées dès le début.

Si on est obligé d'opérer, il conseille la résection partielle de la tête de l'astragale et du scaphoïde après redressement.

M. NOVÉ-JOSSERAND (Lyon) adopte une formule simple : jusqu'à deux ans le redressement manuel ; de deux à sept ans l'évidement partiel du tarse avec arthrodèse sous-astragalienne. Cette opération permet le redressement de tous les pieds bots à cet âge ; la récédive est empêchée, pour la supination du calcanéum par l'arthrodèse sous-astragalienne, pour le varus par le développement du scaphoïde non évidé. Après sept ans, double arthrodèse cunéiforme.

M. NICOD (Lausanne). Le traitement doit être aussi précoce que possible et jusqu'à deux ans par le redressement manuel ; de deux à quatre ans, on y joint des sections ligamenteuses et apouévrotiques; après quatre ans, l'astragalectomie, qui est supérieure à la tarsectomie ; après dix ans, on complète l'astragalectomie par l'ostéotomie de la pointe des malléoles.

En cas de tendance à la récidive, on pratiquera la transplantation du jambier antérieur sur le troisième métatarsien.

M. TRÈVES, rapporteur, constate que la discussion montre que bien des méthodes diverses sont susceptibles de donner de bons résultats dans le pied bot. Chacun préfère la méthode dont il a l'habitude et qui entre des mains habiles réussit mieux que toute autre.

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

DEUXIÈME QUESTION.

## Les ostéopathies hypertrophiantes.

Rapporteur : M. CH. LASSERRE (Bordeaux).

En absence de toute certitude pathogénique on est obligé de s'en tenir à une classification provisoire purement descriptive, basée sur l'aspect clinique et radiographique.

Le rapporteur ne retiendra pour son étude que la maladie de Paget, les ostéopathies hypertrophiantes craniofaciales, l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique de Pierre-Marie et la mélorhéostose de Léri.

**Ostéopathie déformante progressive de Paget.** — C'est une affection relativement assez rare, progressive, caractérisée par l'hypertrophie et la déformation de la plupart des pièces du squelette avec prédilection marquée pour les os longs et le crâne. On y trouve, comme dans tous les processus dystrophiques des os, les deux processus d'ostéite raréfiante et d'ostéite condensante dont les topographies différentes confèrent aux diverses maladies hypertrophiantes leur caractère propre.

Le rapporteur passe en revue les différentes publications parues depuis le mémoire initial de Paget (1876) auquel il a été peu ajouté comme description clinique.

Les différentes statistiques montrent qu'il s'agit d'une affection de l'âge mûr, mais pouvant frapper aussi l'enfance, plus fréquente chez l'homme et parfois familiale et héréditaire. Chez les pagétiques avancés l'aspect est caractéristique ; le rapporteur le décrit et, mieux, le montre par des photographies de malades.

Mais au début le malade vient le plus souvent pour la déformation d'un seul os : c'est le tibia le plus souvent qui par sa courbure anormale, son augmentation de volume, attire l'attention. Ici, le rapporteur différencie avec soin le tibia de Paget du tibia en fourreau de sabre de la syphilis, du tibia de Lannelongue.

Un seul os, une partie même d'un os peut seule être atteinte par la lésion initiale. De nombreuses observations de ces formes localisées et restées localisées ont été publiées. Mais le rapporteur, sans nier leur existence, met en garde contre une illusion. Bien souvent la lésion est unique cliniquement, mais, si l'on fait successivement radiographier tout le squelette du malade, on découvre d'autres lésions absolument silencieuses. On ne peut donc affirmer une forme mono-ostéitique qu'après un examen radiographique complet du malade, examen souvent impossible.

En fait, les lésions sont le plus souvent polyosseuses, avec, dans l'ensemble, une certaine systématisation et prédominance aux tibias, clavicules, os du crâne. Les déformations osseuses correspondent d'ailleurs déjà à un stade avancé.

Dans la plupart des cas il existe un stade douloureux prémonitoire, mis habituellement sur le compte d'un état rhumatismal. Ces douleurs sont parfois très violentes, névralgiformes. Ce stade peut durer dix, vingt, trente ans.

La maladie progresse avec une extrême lenteur et toujours par poussées, séparées par de longues rémissions.

La lésion s'accompagne de troubles vaso-moteurs importants : hyperthermie locale, augmentation de l'indice oscillométrique, dilatation des troncs veineux, hyperidrose locale, pigmentation.

On observe de manière constante une extrême faiblesse et lassitude. Le taux de calcémie est habituellement normal. La réaction de Wassermann est positive dans un quart à un tiers des cas. L'origine syphilitique de la maladie de Paget n'est pas démontrée.

On peut observer comme complication des fractures survenant de bonne heure, spontanément, parfois multiples, non douloureuses, se réduisant sous anesthésie, et consolidant lentement avec un cal exubérant. Les fractures deviennent rares dans les cas avancés.

La dégénérescence sarcomateuse secondaire n'est pas exceptionnelle.

**Etude anatomo-radiographique.** — En s'appuyant sur une très riche iconographie radiographique reproduite dans son rapport, le rapporteur montre les caractères des lésions osseuses.

LÉSIONS CRANIENNES. — Dans son ensemble, ce qu domine c'est un développement énorme de la voûte. Les lésions passent par trois stades que l'auteur décrit en détail : stade vasculaire, stade de condensation osseuse progressive, stade de condensation complète et diffuse. La cavité cranienne n'est pas diminuée dans son volume. La base présente des rétrécissements des orifices, un affaissement des extrémités avec saillie du centre : la convexobasie de Léri.

Les os de la face sont moins altérés et plus tardivement. Les sinus sont souvent oblitérés.

LÉSIONS VERTÉBRALES. — La cyphose dorsale est de règle. On peut observer des aplatissements ostéomalaciques des corps vertébraux, et des exostoses peuvent donner lieu à des compressions et même des paraplégies.

OS LONGS. — Ils passent par des stades successifs de raréfaction hypertrophiante puis de condensation diffuse. L'os est épaissi et manifestement allongé, si bien que son incurvation peut être envisagée comme un allongement entre deux points fixes. On admet classiquement que les épiphyses sont indemnes et les articulations respectées, mais il y a de nombreuses exceptions.

Le rapporteur montre ensuite par régions : hanche, genou, épaule, coude, avant-bras, pieds et mains, les différentes variétés des déformations pagétiques.

**Etude histologique.** — Des séries de très belles coupes d'os pagétique prélevé par biopsie sont projetées en séance par le rapporteur. Il résume ainsi les lésions observées :

Le tissu osseux obéit ici comme toujours à un processus de destruction et d'édification, mais alors que dans l'os normal il y a dans les remaniements perpétuels une synergie et un équilibre parfaits, tout est dominé par une destruction et une prolifération anarchiques. Il n'y a pas ostéolyse, mais bien résorption par ostéoclasie s'exerçant aussi bien sur l'os ancien que sur l'os nouvellement formé, et parallèlement régénération constante. La vie traversienne a cessé le plus souvent et l'os est en état de nécrose parcellaire aseptique, alors que les espaces conjonctifs paraissent richement vascularisés. Ce qui caractérise l'ostéopathie déformante progressive,

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

c'est bien la pérennité de ces phénomènes qui aboutissent à la constitution d'un tissu ostéoïde mal calcifié.

Le rapporteur signale ensuite les *troubles cardio-vasculaires* fréquents chez les pagétiques et les *lésions du système nerveux* trouvées parfois à l'autopsie (scléroses médullaires, syringomyélie).

Les *lésions du corps thyroïde* et surtout des *parathyroïdes*, parfois signalées, prennent une grande importance pathogénique.

Chimiquement, les os pagétiques sont déminéralisés et contiennent beaucoup de matières grasses.

**Evolution.** — Après un stade douloureux prémonitoire, ou même sans troubles subjectifs, l'ostéopathie déformante progressive peut toucher d'abord un seul os. Au bout de quelques années, elle intéresse la plus grande partie du squelette qui est atteint de façon capricieuse avec des combinaisons de lésions variant à l'infini.

La maladie, évoluant par poussées, peut durer un temps considérable ; c'est dire que le pronostic vital n'est pas généralement grave, en dehors des complications que nous avons déjà signalées. Il peut devenir sérieux du fait de troubles divers, en rapport avec l'artériosclérose ou la syphilis, ou trouvant leur origine dans les phénomènes de compression s'exerçant sur le trajet des nerfs.

**Ostéopathies hypertrophiantes cranio-faciales.** — C'est la leontiasis ossea dont 60 cas environ ont été publiés.

Le début est lent, insidieux. Chez un enfant, un adolescent, un maxillaire supérieur présente une hyperostose, l'autre côté peut ensuite se prendre. Des maxillaires l'infiltration se propage aux molaires, sphénoïdes, aux os du crâne. Mais le massif facial reste toujours le centre et la zone la plus atteinte de la difformité.

Ces hyperostoses entraînent des compressions, de la céphalée, des crises épileptiques, des paralysies, de l'obstruction des fosses nasales, chute des dents, troubles de la vue.

La maladie évolue en quinze à trente ans et est ordinairement fatale par suite de complications.

L'image radiographique est caractéristique : l'opacité en tache d'encre du massif facial est telle qu'on ne la voit nulle part ailleurs.

Le rapporteur distingue plusieurs formes :

1° La périostose extensive diffuse cranio-faciale ;

2° La forme diffuse cranio-faciale de l'ostéite fibreuse ;

3° Les formes circonscrites et localisées de l'ostéite fibreuse.

Il montre les caractères différentiels de chacune de ces variétés.

**Périostose engainante acromélique** décrite en 1890 par Pierre Marie sous le nom d'ostéo-arthropathie pneumique hypertrophiante. Il s'agit d'une hyperostose symétrique des quatre membres spécialement localisée aux phalanges et aux épiphyses terminales des os de l'avant-bras et de la jambe ; parfois étendue à la racine des membres et aux os plats du tronc, s'accompagnant d'une cyphose dorsale inférieure et lombaire et d'une certaine participation des jointures.

Dès le début l'origine pneumonique exclusive a été très discutée. C'est une affection de l'adulte et du sexe masculin.

Le syndrome se développe bien consécutivement à des toxi-infections subaiguës ou chroniques, mais pas exclusivement au cours d'affections pulmonaires.

Au début, les phénomènes douloureux articulaires ou péri-articulaires évoluant par poussées font songer à des crises rhumatismales, mais l'hypertrophie des mains, des pieds, du poignet, du cou-de-pied, établit le diagnostic.

La radiographie montre un manchon irrégulier de périostose autour des os atteints, en même temps qu'une raréfaction osseuse et des lésions articulaires discrètes.

L'affection, qui n'est pas bien grave par elle-même, dure de nombreuses années. Le pronostic est lié à l'affection causale.

**Mélorhéostose d'André Léri.** — Décrite pour la première fois en 1922 par A. Léri, cette ostéopathie consiste en une hyperostose très compacte occupant toute la longueur des os d'un membre, en coulée de bougie. Depuis, des observations analogues ont été rapportées en divers pays (Lewin et Mac Leod, Putti, Zimmer, Valentin, Perussia, Meisel, Sven Junghagen, Frœlich). En tout 11 observations. L'ensemble constitue une entité morbide bien caractérisée.

Il s'agit d'hyperostoses décelables sous forme de bosselures sur les os superficiels, frappant certains os sur toute leur longueur mais seulement sur une portion de leur contour. La radiographie montre bien la topographie de la lésion : partie de la racine du membre, la traînée opaque suit une direction sensiblement verticale le long de l'humérus ou du fémur, puis le long de l'un des os de l'avant-bras ou de la jambe, l'autre étant indemne, et à la main et aux pieds le long de certains os jusqu'au bout des doigts et des orteils.

L'affection entraîne peu de douleur, mais des troubles articulaires dus aux déformations.

On n'a encore que des données négatives sur la pathogénie de cette affection. L'étude bactériologique d'une pièce enlevée a été négative.

**Diagnostic.** — Le rapporteur insiste sur la technique radiologique pour l'étude de ces maladies et la nécessité de clichés multiples, l'importance de la réaction de Bordet-Wassermann et des biopsies osseuses. Il passe en revue les différentes maladies à éliminer.

La maladie de Paget sera à distinguer de l'ostéite fibreuse ou fibrogéodique type Recklinghausen, de l'ostéite fibreuse dysparathyroïdienne, de l'ostéomalacie, de la spondylose rhizomélique, de la pléonostéose.

A propos des formes cranio-faciales, le rapporteur insiste sur ce fait que les hémicranioses peuvent être difficilement envisagées comme relevant d'une pathogénie unique. Les progrès de la chirurgie du crâne ont montré qu'un groupe important de méningiomes, dont le diagnostic doit être porté avant l'apparition de symptômes cérébraux alarmants, révèlent leur existence par une augmentation progressive et localisée du crâne.

Il faut éliminer aussi les sarcomes, la syphilis osseuse, l'ostéite fibreuse localisée.

Pour les ostéites hypertrophiantes localisées des membres, après l'élimination de certaines ostéomyélites torpides d'emblée, le diagnostic se limite à la possibilité

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

de syphilis osseuse d'une tumeur, ou des formes localisées d'ostéite fibreuse.

Les ostéopathies hypertrophiantes systématisées des membres sont à distinguer des ostéoses éburnantes, de la maladie marmoréenne des os.

**Pathogénie.** — L'origine syphilitique de la maladie de Paget a encore des partisans; d'autres la lient à un hyperparathyroïdisme, certains aux lésions vasculaires de l'artériosclérose.

La périostose extensive des os du crâne à point de départ nasal ou orbitaire, avec passages de la périostose d'un os à un autre, traduit bien les réactions habituelles de l'os vis-à-vis d'un microbe de virulence atténuée.

La périostose engainante acromélique semble bien sous la dépendance d'un agent infectieux ou toxique.

Quant à la mélorhéostose, on en est réduit aux conjonctures sur son origine. La plus vraisemblable semble être un trouble d'origine congénitale.

**Traitement.** — C'est la partie la plus décevante de l'étude de ces affections.

La mélorhéostose ne présente que des indications orthopédiques, rectification d'une attitude vicieuse, traitement opératoire d'une ankylose.

Dans la périostose engainante acromélique, le traitement de la maladie causale est seul à envisager.

Dans la leontiasis ossea, le traitement syphilitique, la radiothérapie n'ont rien donné; seules l'exérèse d'hyperostoses saillantes entraînant des complications oculaires, une trépanation décompressive, peuvent être indiquées. Des interventions partielles ont aussi donné des résultats dans la forme localisée de l'ostéite fibreuse des os de la face et du crâne.

La maladie de Paget soulève d'importants problèmes thérapeutiques. L'emploi systématique du traitement spécifique, en particulier des arsenicaux, a une action certaine et rapide sur les douleurs. L'état général s'améliore, l'appétit revient, mais les lésions osseuses ne régressent pas. L'état de lassitude persiste aussi. Ce n'est qu'une amélioration temporaire.

L'actinothérapie améliorerait les lésions osseuses. Mais il semble que ce soit le traitement par les injections de gluconate de chaux associées à l'ergostérine irradiée à haute dose qui ait donné les améliorations les plus marquées. Dans certains cas, les ostéotomies pourront intervenir pour redresser les déformations.

Dans les fractures, la guérison est obtenue par une immobilisation un peu plus longue que la normale. L'ostéosynthèse a été pratiquée avec succès.

Si la maladie de Paget était liée à l'hyper ou à la dysparathyroïdie, l'ablation de parathyroïdes semblerait indiquée. Elle ne semble justifiée que lors de la présence nette d'un adénome parathyroïdien comme dans le cas de P. Sainton et J.-D. Millot.

Résumant ensuite les principales données de son travail, le rapporteur conclut qu'il existe dans l'ensemble trois catégories d'ostéopathies hypertrophiantes :

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

1° Les périostoses extensives ou engainantes où le rôle d'infection est probable ;

2° Les hyperostoses vraisemblablement congénitales (type mélorhéostose) ;

3° Les hyperostoses acquises (types maladie de Paget, ostéite fibreuse diffuse ou localisée), résultant d'un trouble de la nutrition de l'os.

Deux idées directrices dominent les questions de diagnostic et de traitement :

Le préjudice que causerait au malade la méconnaissance d'une lésion syphilitique ;

Les possibilités, il est vrai restreintes, de la chirurgie, dont le rôle peut être palliatif, ou parfois radical (formes localisées de l'ostéite fibreuse).

### *Discussion.*

M. Albert Mouchet (Paris) remarque que la maladie de Paget est assez souvent héréditaire. Il cite un cas où le père d'un pagétique était considéré comme rhumatisant et était atteint de maladie de Paget. Il fait des réserves au sujet des formes localisées, des radiographies multiples montrent des foyers ignorés.

Il cite un cas qui a débuté par une fracture spontanée de la clavicule, suivie d'autres localisations.

Un autre cas a débuté par le coude et s'est terminé par une dégénérescence sarcomateuse de l'humérus.

Un troisième cas a débuté par une ostéite éburnante au niveau d'un genou.

M. Delchef (Bruxelles). Trois observations. L'une de Paget généralisé.

La deuxième de Paget localisé à un tibia ; tout le squelette a été radiographié.

Enfin une troisième, de tibia resté mono-osseux pendant dix ans et où les douleurs vives du genou ont été très soulagées par une ostéotomie cunéiforme qui a rétabli l'axe du membre ; huit ans après, l'os est resté redressé.

M. Costès-Llado (Séville) rapporte une intéressante observation de maladie marmoréenne des os ou ostéite éburnante généralisée. Une série de radiographies montre les lésions étendues à tout le squelette. Le malade devenu aveugle, sourd, présentait une anémie intense avec grosse rate. Il n'y a que quarante autres cas publiés.

L'affection est héréditaire, congénitale, à caractère familial et à marche progressive.

M. Rœderer (Paris) cite un premier cas de Paget, mono-osseux. Un deuxième cas qui, au moment d'une poussée évolutive, fit une fracture spontanée de l'avant bras. Trois ans avant, il y avait eu une fracture de l'autre humérus.

M. Patel (Lyon). A la suite d'un traumatisme de la hanche, on est amené à faire une radio d'un malade qui, avant, ne se plaignait de rien, on découvre un Paget, et des épreuves de tout le squelette montrent des lésions disséminées.

Par contre, deux autres cas de tibias pagétiques ne présentent sur tout le squelette aucune lésion visible.

M. Mauclaire (Paris) rapporte : 1° un cas de mélo-

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

rhéostose limitée au radius ; 2° un cas d'ostéite hypertrophiante épiphysaire de la tête humérale avec luxation récidivante de l'épaule ; 3° un Paget localisé au tibia, tout le squelette a été radiographié.

M. GOURDON (Bordeaux) expose un cas d'ostéite kystique à type Recklinghausen, puis l'observation d'un homme qui, après une entérite, présenta des poussées articulaires, puis de la rachialgie et qui, revu cinq ans après, s'était tassé, son rachis complètement affaissé. A la radiographie, il présentait un aspect malacique avec un aplatissement des corps vertébraux et des disques en lentille. Enfin une troisième observation de leontiasis ossea.

Il montre que le caractère commun de ces affections est de se développer par poussées. Il croit à une origine commune, un trouble de la fixation du calcium sur l'os dont l'origine échappe encore.

M. BOTTREAU-ROUSSEL montre par des pièces et radiographies l'identité d'aspect des lésions faciales et craniennes du pian avec la leontiasis ossea. Elles se traduisent au début surtout par de volumineuses tumeurs nasales appelées goundou sur la Côte d'Ivoire et dont il a relevé 130 cas.

Mais, contrairement à la leontiasis ossea, les lésions osseuses du pian sont généralisées. Il montre sur un squelette atteint de cette affection que le cubitus, radius, fémur, tibia étaient frappés. Les lésions évoluent comme l'affection, et au début sont très sensibles à la médication arsenicale

M. RICHARD (Berck) rapporte un cas de Paget suivi trois ans et considérablement amélioré par le traitement arsenical intensif. La malade ne pouvait marcher au début du traitement et actuellement fait 5 ou 6 kilomètres. Un deuxième cas s'est manifesté chez un ancien pottique avec paraplégie guérie par la fracture spontanée d'un fémur.

M. René LE FORT (Lille), dans un cas de leontiasis ossea chez une jeune fille, a prélevé un fragment osseux, il a cultivé du staphylocoque. Par plusieurs opérations successives, il a pu sculpter les maxillaires et rendre à sa physionomie un aspect esthétique. Chez un autre malade, il a observé de l'hypertrophie diffuse des arcs vertébraux postérieurs, avec paraplégie. L'ablation de ces arcs a été suivie de la guérison.

M. LASSERRE, rapporteur, concluant la discussion, insiste sur l'intérêt qu'il y a à étudier ces cas le plus au début possible et à pratiquer des biopsies et examens histologiques.

### *Communications particulières.*

M. P. DUCROQUET (Paris) présente la **table orthopédique basculante** de C. et R. Ducroquet et montre par des projections ses divers emplois et avantages.

M. NOVÉ-JOSSERAND (Lyon) rapporte un cas de **pseudarthrose congénitale du tibia** traité par la méthode de Halm. A deux ans, greffe ostéo-périostique, résultat nul. A trois ans, greffe de Reichel, échec. A sept ans, greffe vivante avec une côte, échec. A onze ans, opération de

Voir la suite page X.

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Halm en deux temps à un mois de distance. La consolidation a été obtenue.

M. ROCHER (Bordeaux). **Pseudarthose du tibia** chez une jeune fille. Greffes ostéo-périostiques. Excellent résultat esthétique.

M. DELCHEL (Bruxelles). Fracture du péroné au tiers inférieur, **fracture marginale postérieure du tibia** intéressant les trois quarts de l'épiphyse, chez un jeune homme de dix-huit ans, réduction sanglante, deux lames de Parham. Résultat excellent.

M. et Mme SORREL-DEJERINE (Paris) rappellent les **ostéo-arthropathies hypertrophiantes graves chez les paraplégiques de guerre,** décrites par Mme Dejerine (1917-1921). Ces lésions surviennent chez 50 p. 100 des blessés de la moelle avec section incomplète. Ces lésions ne sont pas infectieuses, mais sous la dépendance de lésions nerveuses. Présentation de pièces.

M. TAVERNIER (Lyon) rapporte sa statistique d'**arthrodèses extra-articulaires de la hanche pour coxalgie en évolution**. Sur 6 cas, il y a eu un échec par fracture du greffon, et sur les opérations extra-articulaires 4 cas, 4 succès ; sur 2 cas d'opérations mixtes, 1 échec (suppuration et fistule). Il s'agissait de 4 enfants et 2 adultes. La difficulté est d'obtenir une soudure complète; 2 cas seulement ont eu une ankylose du premier coup. Il est nécessaire de se tenir très éloigné du foyer.

M. SORREL (Paris) n'opère pas chez les enfants les coxalgies en évolution ; c'est une opération grave, et les greffes ne prennent pas.

Chez l'adulte, l'opération est moins sérieuse, il faut faire l'opération para-articulaire loin du foyer. Il a opéré 40 cas.

Dans les séquelles de la coxalgie, il faut faire l'arthrodèse mixte.

M. MATHIEU (Paris) ne fait pas l'arthrodèse chez l'enfant dans la coxalgie en évolution. Pour l'adulte, il a la même opinion que Sorrel.

M. CONTARGYRIS (Athènes), fait toujours l'arthrodèse extra-articulaire. Il apporte les résultats éloignés de 3 malades.

M. RŒDERER (Paris) montre les projections de 6 cas de **calcification du nucleus pulposus**. Il s'agit de sujets après quarante ans. C'est une simple calcification qui, cliniquement, ne donne pas de symptômes.

MM. CALVÉ et GALLAND (Berck) ont observé dans 30 cas environ la **calcification du nucleus pulposus**. Il s'agit d'un dépôt de sels opaques aux rayons (calcaires ou urates) ur le nucleus, alors que le disque est sain. En aucun cas il n'y a d'ossification ; c'est un phénomène assez rare, observé après quarante ans et siégeant presque exclusivement à la région dorsale.

Elle se traduit par des douleurs vertébrales. On la coexistence de rhumatismes et de troubles généraux

M. MAUCLAIRE (Paris) rapporte un cas semblable.

M. MARCEL MEYER (Strasbourg) rapporte trois cas de **paralysies obstétricales du membre inférieur**. Le premier cas, enfant mort au vingt-huitième jour après un accouchement difficile. L'autopsie montre une hémorragie médullaire. Le deuxième cas, enfant mort au trentième jour, hématomyélie. Le troisième enfant présente une paralysie obstétricale qui rétrocède spontanément.

M. LOUIS MÉNARD (Berck) présente les observations de deux cas de **paraplégie chez les scoliotiques**, ayant cédé à un traitement purement mécanique de détorsion du rachis en cinq à six mois. La torsion de la colonne vertébrale semble bien le seul facteur de l'apparition des paralysies.

M. DELAHAYE (Berck) présente une série complète des radiographies d'un enfant atteint d'une ostéite syphilitique héréditaire du tibia guérie après un traitement spécifique poursuivi pendant quatre ans.

M. UGO CAMERA (Turin) expose la technique qu'il utilise pour traiter les **pieds creux**. Après une intervention pour dérouler le pied, il pratique une intervention de fixation et ensuite s'adresse aux lésions accessoires.

MM. les professeurs ROCHER et CRÉTIN (de Bordeaux) rapportent un cas de **myosite ossifiante progressive** chez un enfant de six ans. La lésion primitive est une artérite. Il se produit un hématome qui d'abord se calcifie en même temps ue les fibres musculaires dégénèrent, puis ensuite s'ossifie.

M. NIÇOD (Lausanne), a observé chez un enfant de neuf mois une **pseudarthrose congénitale du fémur gauche** avec coxa vara congénitale à droite. A deux ans et demi il a pratiqué une ostéotomie cunéiforme suivie de consolidation.

M. FRŒLICH (Nancy) a vu deux cas semblables traités par des greffes osseuses.

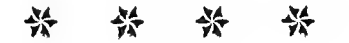
**Elections.** — La Société procède à l'élection des membres titulaires suivants : MM. Charry (Toulouse), N. Brunat (Lyon), H. Oberthur, Clément Marot et Botreau-Roussel (Paris) ; et des membres correspondants étrangers : MM. Scholder (Lausanne), Cotès Llado (Séville), Mlle Hadji (Bruxelles), Soresi (New-York), Seurc (Bruxelles).

Les sujets mis à l'étude pour la réunion d'octobre 1932 sont :

*Traitement chirurgical des scolioses.* — Rapporteur : M. FÈVRE (Paris).

*Traitement précoce de l'ostéomyélite aiguë non traumatique des membres.* — Rapporteur : M. INGELRANS (Lille).

M. LANCE.



# SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 1er décembre 1931.*

M. le Président annonce la mort de sir David Bruce (de Londres), membre correspondant étranger, depuis 1909, dans la section d'hygiène.

**Notice nécrologique.** — M. Le Noir donne lecture d'une notice nécrologique sur M. Albert Mayor (de Genève), membre correspondant étranger, depuis 1909, dans la section de médecine récemment décédé.

**Rapports.** — M. Lucien Camus, au nom de la Commission permanente de vaccine, présente à l'Académie le rapport général annuel sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en France et aux Colonies pendant l'année 1930, ainsi que la statistique des cas de variole signalés.

1° Vaccinations. — a. *En France.* — Tous les départements ont adressé leurs dossiers vaccinaux qui sont plus ou moins bien remplis (l'établissement des listes des assujettis manque bien souvent de préparation) ou sont mal préparés, la tenue des séances souffre de cette négligence, les convocations individuelles et les rappels ne peuvent être faits. Le relevé des opérations pratiquées montre que les primo-vaccinations sont en diminution dans 80 p. 100 des départements ; il y a eu au total 48 700 primo-vaccinations en moins qu'en 1929. Cette diminution est explicable ; en partie, par la vaccination exceptionnelle d'un certain nombre d'assujettis de l'année 1930, qui a eu lieu en 1929, à l'occasion d'une menace d'épidémie de variole, et en partie, peut-être aussi, par une diminution de la natalité.

Par contre, les *revaccinations* ont été plus nombreuses en 1930 qu'en 1929, dans 58 départements. On a relevé au total une augmentation de 33 721 revaccinations qui sont principalement des *primo-revaccinations*. Cette augmentation tient probablement à la plus grande natalité de l'année 1919, mais pour conclure avec exactitude sur les causes de la diminution ou de l'augmentation du nombre des opérations vaccinales, il faudrait que les listes des assujettis soient mieux tenues qu'elles ne sont actuellement.

Le vaccin a donné, en 1930, de meilleurs résultats qu'en 1929, dans les départements où il avait été reconnu précédemment insuffisant. Quelques plaintes ont encore été faites, qui imposent un contrôle plus complet s'étendant à l'ensemble de la production vaccinale.

b. *Aux Colonies.* — Les vaccinations paraissent avoir été intensifiées dans toutes les régions. On a enregistré environ 8 700 000 vaccinations pour une population de 43 700 000 habitants.

c. *Dans les pays de protectorat.* — Au Maroc et en Tunisie, on a vacciné respectivement 586 000 et 759 000 personnes.

2° Variole. — a. *En France.* — La variole n'a pas été observée en France en 1930, du moins les comptes rendus des départements ne signalent qu'un cas de variole et un cas de varioloïde. Il serait à souhaiter que les Commissions départementales de vaccine, qui fournissent toutes un état récapitulatif annuel, donnent toutes une réponse précise aux questions relatives à la morbidité et à la mortalité variolique qui doivent figurer sur l'état modèle n° 9.

b. *Aux Colonies* (la statistique concerne l'année 1929). — On a enregistré une augmentation importante des cas de variole, 7 400 en 1929 au lieu de 4 600 en 1928 ; c'est en Indochine que la maladie a surtout sévi.

c. *Au Maroc.* — En 1930, on a enregistré 219 cas de variole au lieu de 280 en 1929 et en Tunisie, en 1930, 61 cas au lieu de 141 en 1929.

**Traitement du tétanos.** — M. L. Couvy (note présentée par M. Marchoux). — L'auteur a utilisé dans le traitement du tétanos l'association urotropine sérum. Il a employé deux techniques : dans l'une, il a fait une injection d'urotropine avant celle de sérum ; dans l'autre, il a fait une injection préparante de sérum et, une demi-heure après, il a employé l'urotropine.

Il a soigné ainsi à l'hôpital indigène de Dakar 31 cas de tétanos et a obtenu 26 guérisons parmi lesquelles 2 tétanos ombilicaux.

**Au sujet d'une consultation publique et gratuite d'hygiène.** — M. R. Dujarric de la Rivière. — Persuadé qu'en prenant un contact immédiat avec le public, les médecins hygiénistes, tout en servant les intérêts particuliers de celui-ci, rendraient à la cause de l'hygiène un réel service, l'auteur vient d'ouvrir, dans un quartier populeux de Paris, une « consultation publique et gratuite d'hygiène ».

Ce nouveau service n'est ni un dispensaire, ni une consultation et il n'y est pas donné de soins aux malades. La « consultation d'hygiène » est ouverte à tous ceux qui désirent avoir des avis sur les questions d'hygiène individuelle ou collective ; par exemple : principes généraux d'hygiène individuelle : hygiène de l'habitation, alimentation rationnelle, exercices physiques, bains, piscines ; hygiène particulière : du nourrisson, de l'enfant, de l'écolier, du vieillard ; hygiène du travail : orientation professionnele ; lutte contre les fléaux sociaux ; lutte contre les maladies infectieuses : où peut-on pratiquer une analyse de produits contagieux provenant de malades, une analyse d'eau ? Comment désinfecter après une maladie contagieuse ? Où et comment peut-on se faire vacciner contre la fièvre typhoïde, la diphtérie ? Adresses de dispensaires et d'œuvres d'hygiène sociale ; distributions de tracts et prospectus concernant l'hygiène ; renseignements sur la législation sanitaire.

Ce qui caractérise essentiellement ce nouveau service, c'est le contact immédiat du médecin hygiéniste avec le public et surtout le caractère *individuel* des avis qui y seront donnés. Des prospectus et des tracts relatifs aux notions générales d'hygiène y seront distribués. Mais ce ne sera jamais qu'à titre complémentaire de véritables consultations qui y seront données par un médecin hygiéniste spécialisé, consultations portant sur des problèmes particuliers auxquels on s'efforcera de donner une solution aussi adéquate que possible.

Autres communications :

**Recherches cliniques et radiologiques sur la sclérose pulmonaire.** — M. Lucien Moreau.

**Sur quelques observations de contagion dans des cas d'emphysème ou d'asthme secondaires à des scléroses pleuro-pulmonaires.** — M. Desbouis.

**Élection.** — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la sixième section (Pharmacie), en remplacement de M. L. Grimbert, décédé.

# SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Les candidats étaient ainsi classés, en première ligne : M. Bougault ; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Gabriel Bertrand, Bridel, Goris, Guerbet et Hérissey.

Au premier tour de scrutin M. Gabriel Bertrand est élu par 57 voix sur 83 votants. M. Bougault a obtenu 23 voix, M. Goris, 1 voix, M. Hérissey, 1 voix, un bulletin blanc.

M. Gabriel Bertrand est membre de l'Académie des sciences et de l'Académie d'agriculture, il occupe la chaire de chimie biologique à la Sorbonne et est professeur à l'Institut Pasteur.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

*Séance du 4 décembre 1931.*

**Etude sur la pathogénie des exophtalmies de type basedowien.** — MM. Marcel Labbé, Maurice Villaret, L. Justin-Besançon et P. Soulié font une étude critique des théories pathogéniques classiques de l'exophtalmie de type basédowien.

S'appuyant sur des arguments cliniques et expérimentaux, ils démontrent que l'exophtalmie ne saurait relever directement de l'hyperthyroïdie, celle-ci n'étant ni nécessaire, ni suffisante à la constitution de l'exophtalmie.

La protrusion du globe oculaire observée dans le syndrome basedowien ne peut pas non plus être expliquée par une irritation locale du sympathique cervical ni par une excitation générale de l'ortho-sympathique.

Ils exposent ensuite leurs recherches sur l'homme.

Une malade intoxiquée par la thyroxine (10 milligrammes par jour) présente des signes d'hyperthyroïdie, mais sans exophtalmie ; cependant, chez elle, les modifications neuro-végétatives sont intenses puisque la pression des globes oculaires arrête le cœur pendant quatre secondes et demie.

Dans deux essais suscessifs, l'un avec l'éphédrine et l'autre avec l'éphédrone, les auteurs ont réussi à produire l'exophtalmie chez cette malade hyperthyroxinée.

Dans certains cas, l'administration de sympathomimétiques à des hyperthyroïdiens sans exophtalmie a permis aux auteurs de produire la protrusion du globe oculaire.

Ils présentent enfin une malade atteinte d'un syndrome basedowiforme avec tachycardie extrême et une forte exophtalmie datant de trois ans, mais ne présentant ni goitre, ni amaigrissement, ni forte élévation du métabolisme basal. En quelques jours, à la suite d'injections d'yohimbine, l'exophtalmie a disparu d'un côté, puis de l'autre, pour ne reparaître que trois mois plus tard.

S'appuyant sur ces faits nouveaux et sur l'étude expérimentale présentée dans la note précédente, les auteurs s'efforcent de démembrer le chapitre des syndromes oculaires de la maladie de Basedow, dont les diverses formes semblent relever de mécanismes pathogéniques différents.

**Recherches expérimentales sur les exophtalmies de type basedowien.** — MM. L. Justin-Besançon, Mlle D. Kohler, Mme Schiff-Wertheimer et P. Soulié rapportent ici les résultats des expériences effectuées sur un très grand nombre d'animaux dans les laboratoires des professeurs Marcel Labbé et Maurice Villaret, et présentent à l'appui de leurs recherches un film expérimental réalisé par M. J. Comandon.

Admettant que l'exophtalmie de type basedowien ne s'accompagne ordinairement ni d'augmentation du tonus du globe, ni d'œdème orbito-palpébral, ni surtout de mydriase, ils se sont donné pour but de réaliser et d'étudier méthodiquement sur l'animal ce type très spécial d'exophtalmie.

Appliquant à ces recherches les méthodes d'investigation pharmacodynamique, ils démontrent l'autonomie physiologique très particulière du système de protrusion du globe oculaire, qui présente une sensibilité élective à certaines substances du groupe sympathomimétique, alors que d'autres drogues du même groupe sont beaucoup moins actives bien qu'elles déterminent d'autres effets très intenses d'excitation sympathique.

Les auteurs démontrent qu'on peut réaliser expérimentalement une exophtalmie considérable s'accompagnant de myosis, de bradycardie, de salivation, en un mot de tous les phénomènes physiologiques qui relèvent de l'excitation parasympathique.

Ils ont réussi à montrer que la thyroxine administrée avant l'excitation du sympathique sensibilise l'appareil de protrusion du globe oculaire aux effets de cette excitation. Ils donnent une explication de ce mécanisme en étudiant les effets d'un autre sensibilisateur sympathique (cocaïne) et par des recherches sur les animaux décapsulés.

Ils démontrent que l'exophtalmie obtenue dans leurs expériences est indépendante des variations de la pression artérielle et du rythme cardiaque.

Les exophtalmies expérimentales qu'ils déterminent persistent après la mort et s'accompagnent d'une tendance à la divergence des globes oculaires. Par contre, elles ne sont pas liées à l'hypertension intra-oculaire, ni aux modifications des vaisseaux rétiniens, ni à l'œdème, ni enfin aux modifications de tension des muscles extrinsèques de l'œil.

L'élargissement de la fente palpébrale s'accompagne d'une déformation du globe oculaire dans le sens transversal.

Toutes les expériences de type basedowien réalisées dans leurs expériences ont régulièrement régressé sous l'influence de l'yohimbine.

**La transformation d'un myxœdème en goitre exophtalmique par la sommation thyroxi-adrénalinique.** — MM. Paul Sainton et Didier Hesse. — La reproduction du syndrome de Basedow complet, tachycardie, tremblement, exophtalmie, troubles psychiques, troubles du métabolisme, a été rarement réalisée, soit expérimentalement, soit cliniquement. De tous les symptômes, le plus irréductible est l'exophtalmie. Se fondant sur les expériences antérieures réalisées par l'un d'eux en collaboration avec Simonnet, concernant la sommation thyroxi-adrénalinique chez les animaux, les auteurs se sont demandé si l'on ne pourrait pas essayer de réaliser, par cette sommation, sur un sujet déterminé, non point une expérience, mais une intervention thérapeutique plus active qu'avec le produit thyroïdien ou thyroxinien seul.

# SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

S'adressant à une malade atteinte de goitre, puis de myxœdème, très rebelle aux traitements thyroïdien ou thyroxinien, ils ont vu sous l'influence de la sommation thyroxi-adrénalinique (injection de 1 à 2 milligrammes de thyroxine synthétique et ingestion de 60 gouttes d'adrénaline), se produire un syndrome basedowien temporaire typique tachycardie, exophtalmie, tremblement, amaigrissement de 20 kilogrammes, modifications du métabolisme basal de — 30 à + 59 p. 100, en une quinzaine de jours.

La suppression de l'adrénaline amena une diminution immédiate des accidents, quoique la thyroxine fût continuée. La malade revint à un état normal ; mais il est à noter que l'examen montra qu'il se produisait chez elle un syndrome de lipodystrophie progressive.

Cette observation montre le rôle actif que peut jouer la sécrétion adrénalinienne dans la provocation du syndrome de Basedow, par son action sur le sympathique. Elle montre aussi comment les syndromes thyroïdiens peuvent se transformer les uns dans les autres, et la parenté qui peut exister entre eux et la lipodystrophie progressive.

**Hémophilie passagère avec hémarthrose et hématome musculaire au cours d'une infection grippale bénigne.** — MM. Laederich et Mamon.

**Rhumatisme tuberculeux subaigu à poussées successives.** — MM. Laederich, Mamon, Mme Arazier et Léonard.

**Ostéopathie fibrogéodique décalcifiante de Recklinghausen.** — MM. Marcel Labbé, Escalier et Justin-Besançon rapportent un cas d'ostéopathie fibrogéodique qui débuta en 1924, se montra complètement développé en 1925 avec les douleurs des membres, les tuméfactions limitées sur les os, et les aspects géodiques sur les os des membres, avec décalcification révélée par la radiographie. Un traitement antisyphilitique se montra inactif. La malade fut soumise pendant plusieurs années à la radiothérapie profonde. En 1931, elle était améliorée, souffrait moins, présentait une récalcification et un processus de condensation osseuse ; les images géodiques anciennes s'étaient en partie effacées ; quelques nouvelles avaient apparu.

Le sang offrait une hypercalcémie (143 milligrammes), une hypophosphorémie (P. total, 315 ; P. lipidique, 117 ; P. organique non lipidique, 170 ; P. minéral, 28 milligrammes). Le bilan du phosphore était négatif, celui du calcium positif. Après traitement par des injections de calcium et d'ergostérol irradié, le bilan du calcium lui-même devint positif (Fabrykant). La chronaxie explorée par Bourguignon était normale. L'épreuve d'hyperpnée ne donne point de tétanie.

Ces caractères chimiques et radiologiques distinguent la maladie de Recklinghausen de la maladie de Paget.

L'osthéopathie fibrogéodique est due à un adénome des glandes parathyroïdes avec hypersécrétion de parathormone. Par l'injection à des animaux de parathormone, on peut reproduire l'hypercalcémie et la calciurie ; avec des doses modées et prolongées, Jaffé a pu reproduire chez le porc l'ostéopathie.

Le traitement consiste dans la parathyroïdectomie, ou l'ergostérol irradié qui peuvent amener la guérison ; la radiothérapie profonde produit une amélioration.

M. Sainton. — Il est difficile de faire le départ entre la maladie de Recklinghausen et celle de Paget. Le test de la chronaxie a une grande importance. Affirmer un adénome parathyroïdien est également délicat.

M. J. Decourt rappelle ses recherches sur les troubles sympathiques observés lors des poussées évolutives de la maladie de Paget.

**Kala-azar chez un enfant de sept ans.** — MM. R.-A. Marquézy, Monnier et H. Borrien rapportent l'observation d'un cas de kala-azar chez un enfant de sept ans, contracté sur la Riviera. Du point de vue clinique, il s'agit d'un cas typique : fièvre très irrégulière, splénomégalie considérable, anémie intense avec leucopénie et mononucléose. L'examen direct et la culture de la pulpe splénique retirée par ponction mirent en évidence de nombreuses leishmania.

Le traitement stibié dura près de trois mois (stibyal, 0,69 ; stibényl, 3,65). Si son action fut lente à se manifester, la guérison fut néanmoins définitive. Depuis cinq ans, l'enfant se maintient en parfaite santé.

Ils insistent, d'autre part, sur les conditions dans lesquelles a été contractée la maladie et essaient de préciser la durée de l'incubation.

**Variations du taux du cholestérol chez les basedowiens après radiothérapie.** — M. Max M. Lévy, s'inspirant du travail d'Epstein et Landé qui ont établi que le taux du cholestérol est élevé chez les myxœdémateux et bas ou normal chez les basedowiens, a pu démontrer dans un travail antérieur que la thyroxine à doses suffisantes abaisse toujours le taux du cholestérol du sang dans les cas où il est supérieur à la normale. Il apporte des faits montrant que chez les basedowiens traités par radiothérapie le taux du cholestérol s'élève quand le métabolisme basal diminue, sans qu'il y ait de lien d'ordre quantitatif entre ces deux phénomènes. Il pense qu'il existe un lien entre sécrétion thyroïdienne et cholestérol du sang.

**Un cas de rhumatisme déformant traité avec succès par la parathormone.** — M. Max Lévy rapporte l'observation de rhumatisme chronique déformant très grave et très étendu qui fut amélioré d'une façon remarquable par l'extrait parathyoridien Collip (parathormone), alors que des extraits parathyroïdiens sans étalonnage physiologique avaien été administrés sans résultat.

Maurice Bariéty.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 25 novembre 1931.*

M. Lenormand, président, fait part à la Société du décès de M. Vallas, membre correspondant national.

**Maladie de Dupuytren.** — M. Routier insiste sur la nécessité d'une dissection minutieuse de la peau, et sur l'intérêt de supprimer les sutures.

**Spondylite typhique.** — M. Bazy en rapporte une observation de M. Y. Delagenière (du Mans). L'auteur, par voie postérieure et sans résection de l'apophyse transverse, effondre le corps de la troisième lombaire. Drainage de l'abcès. Guérison très rapide.

**Sympathectomie péri-artérielle.** — M. Robineau analyse un travail de MM. Charbonnel et Massé (de Bor-

## SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

deaux). Résultat excellent dans un cas de maladie de Raynaud. Mauvais résultat par contre dans un faux syndrome de Raynaud avec tachy-arythmie et asystolie. Effet absolument nul dans un cas de sclérodermie bilatérale, et dans un autre cas de rétraction de l'apouévrose palmaire. Les auteurs n'ont pu tirer de conclusions des sympathectomies pour ostéoporose traumatique ; mais ils ont amélioré un cas de gangrène des orteils postphlébitique. Pas de résultat dans un syndrome de Volkmann.

M. ROBINEAU rappelle que les indications de la sympathectomie ne sont pas encore précisées.

**Infarctus de l'intestin.** — M. MOULONGUET rapporte deux observations de M. BACHY (de Saint-Quentin). Un cas concerne une hernie crurale étranglée avec infarctus étendu de l'intestin ; M. Moulonguet a trouvé deux cas analogues, l'un de Walther, l'autre de Patel.

L'autre cas a trait à une occlusion de cause inconnue : plus d'un mètre d'intestin est infarci. Mort au sixième jour. A l'autopsie, la thrombose avait continué d'évoluer. Histologiquement, il s'agissait de thrombose veineuse.

**Hernie du diverticule de Meckel.** — M. AUVRAY rapporte deux observations, l'une de M. COURIOT (d'Alger), l'autre de M. MORICE (de Caen).

La première observation concerne une hernie douloureuse depuis quinze jours sans phénomènes occlusifs ; on pense à une épiplocèle étranglée. A l'intervention on trouve une cavité abcédée, dont le fond répond à de la muqueuse intestinale.

On prolonge l'incision vers le ventre ; il s'agit d'un diverticule de Meckel, pénétrant dans la hernie. On pratique l'extirpation très simple du diverticule. Guérison.

M. Morice a vu un homme huit heures après le début d'accidents aigus abdominaux, *avec selle sanglante*, et hernie inguinale irréductible.

Ouverture d'un sac herniaire, dans lequel on trouve une masse impossible à identifier ; on prolonge l'incision vers le haut : il s'agit d'un diverticule de Meckel que l'on resèque sans aucune difficulté.

**Infarctus intestinal.** — M. MOULONGUET rappelle l'observation de MM. GOSSET et PETIT-DUTAILLIS. Elle se rapproche d'un cas observé par l'auteur avec M. LECÈNE. Il s'agissait dans les deux cas d'un infarctus strictement muqueux sans thrombose artério-veineuse. Ces cas relèvent plutôt d'entérite ulcéreuse que d'infarctus vrai. M. Moulonguet propose une nouvelle classification en formes médicales et chirurgicales.

M. MOURE montre que l'on désigne sous le terme d'infarctus des lésions très différentes, mais aboutissant toutes à la gangrène intestinale.

*Séance du mercredi 2 décembre 1931.*

**A propos de la sympathectomie péri-artérielle.** — M. GOUVERNEUR rapporte un cas intéressant de syndrome de Raynaud traité par sympathectomie péri-artérielle. Amélioration complète pendant quinze jours, puis reprise des douleurs mais cicatrisation complète des lésions gangreneuses. Depuis deux ans guérison pratiquement parfaite. Il est intéressant de noter l'âge relativement avancé du malade (quarante-quatre ans) et la pathogénie qui paraît remonter à une gelure des mains.

**A propos de la parathyroïdectomie dans la sclérodermie.** — M. MOULONGUET communique une observation intéressante d'échec complet, bien qu'il s'agisse d'un volumineux adénome parathyroïdien.

**Recherches sur la circulation thyroïdienne.** — MM. GRÉGOIRE et FOLLIASSON, par des recherches radiographiques, prouvent bien qu'une seule artère thyroïdienne suffit largement à vasculariser l'ensemble de l'appareil thyroïdien.

**Nouvelles recherches sur les ulcères expérimentaux.** — M. PIERRE DUVAL rapporte un important travail de MM. WEISS, GRAVES et GURIARAN sur ce sujet. M. Pierre Duval rappelle d'abord les expériences antérieures des auteurs et les critiques formulées en particulier par M. Leriche. Puis il analyse les expériences nouvelles de M. Weiss, et montre comment elles en arrivent à réfuter toutes les critiques soulevées. En particulier, si l'abouchement duodéno-gastrique fundique (Mac Cams) détermine l'apparition d'ulcère dans 80 p. 100 des cas, l'abouchement duodéno-antral n'est, lui, jamais compliqué d'ulcère.

Dans ces expériences nouvelles, l'auteur voit l'explication du bon fonctionnement des gastro-entérostomies larges et faites très à droite, constatation purement empirique jusqu'à ce jour.

**Lymphogranulomatose splénique et syndrome de Banti.** — M. PROUST rapporte trois observations de M. MIRIZZI (de Cordoba).

M. Proust est d'avis de conserver le cadre nosologique de syndrome de Banti sans préjuger de son histologie précise.

Le premier cas de M. Mirizzi concerne un cas typique de maladie de Banti; l'intervention se passe fort bien, mais, trop tardive, elle ne permet qu'une survie de quelques mois.

Le dernier cas concerne un cas de lymphogranulomatose maligne.

**Splénectomie pour maladie de Banti.** — M. MATHIEU en rapporte deux nouvelles observations, l'une de M. FERREY (de Saint-Malo), l'autre de MM. LAMARE et LAGET (de Saint-Germain).

Dans le premier cas il s'agit d'une enfant de onze ans et la splénectomie ne permet pas de sauver la petite malade, elle fit dans la suite un ictère grave et l'autopsie montre toutes les voies biliaires véritablement bourrées de calculs.

M. GRÉGOIRE rappelle les caractères cliniques de la maladie de Banti et les contre-indications formelles tirées de l'examen du sang et de l'appareil ganglionnaire.

M. CUNÉO voudrait qu'on n'élargisse pas trop le cadre de la maladie de Banti.

**Sur l'infarctus intestinal.** — M. LAPOINTE a observé un cas d'infarctus intestinal d'origine artérielle guéri par entérectomie. L'auteur insiste sur la rareté relative de l'infarctus d'origine embolique artériel.

M. RICHE a observé un cas d'infarctus intestinal, ou tout au moins diagnostiqué tel, dans lequel il vit l'anse thrombosée reprendre vie sous une affusion de sérum. Réintégration. Guérison très simple.

**A propos de la perméabilité tubaire.** — M. CARAVERS a observé un rétrécissement tuberculeux de la trompe, il a reséqué la trompe et rapproché l'ovaire de la portion isthmique de la trompe.

# SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

M. Leveuf a eu un succès par résection d'un nodule et anastomose bout à bout de la trompe.

**Sur le traitement chirurgical d'urgence des hémorragies digestives.** — M. Pauchet communique les résultats de son expérience.

L'auteur utilise actuellement la duodéno-gastrectomie associée à la cæcostomie de vidange.

Henri Redon.

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

*Séance du 21 novembre 1931.*

**Influence de l'hyperthermie sur la production et la variation du taux du pouvoir agglutinant.** — MM. J. Davesne et P. Haber, en étudiant l'hyperthermie provoquée par l'injection au lapin de β-tétrahydronaphtylamine, arrivent aux conclusions suivantes :

1° Le titre agglutinant d'un sérum préparé est d'autant plus élevé que la réaction thermique qui a suivi l'injection d'antigène a été plus forte.

2° Il est possible de renforcer cette réaction thermique par une injection intramusculaire de β-tétrahydronaphtylamine, précédant de quelques instants l'injection intraveineuse d'antigène ; mais cette pratique n'est pas sans danger : l'hyperthermie provoquée par la β-tétrahydronaphtylamine se surajoute à celle provoquée par le vaccin et amène souvent la mort de l'animal.

3° Chez l'animal immunisé, à la suite de l'injection de β-tétrahydronaphtylamine, on constate une élévation parallèle de la température et du pouvoir agglutinant du sérum.

M. Levaditi souligne l'intérêt de cette communication.

**Préparation des sacs de collodion pour les cultures « in vivo » et « in vitro ».** — M. A. Calmette indique un procédé qui rend très facile la préparation assez délicate de ces sacs ; ce procédé est basé sur l'emploi d'un manchon de gélatine déshydratée par l'alcool absolu, puis enrobé de collodion. En plongeant le manchon dans l'eau chaude, le sac se détache d'une seule pièce, sans un seul pli et aussi mince qu'on le désire.

**Contribution à l'étude du déterminisme de la formation des métastases ganglionnaires dans la greffe du lymphadénome massif du poumon de la souris.** — MM. L. Mercier et L. Gosselin montrent que des souris greffées avec des métastases ganglionnaires forment plus facilement des métastases dans les ganglions que les souris greffées avec la tumeur type : il y a une adaptation des cellules cancéreuses à vivre dans les ganglions.

Cette notion est susceptible d'expliquer la généralisation des métastases ganglionnaires : en effet, dès qu'une première métastase est formée, les cellules cancéreuses qu'elle libérera seront adaptées à leur milieu et elles pourront coloniser facilement d'autres ganglions sans produire de réaction inflammatoire comme on en constate souvent lors de l'apparition de la première métastase.

**Présence simultanée d'un épithéliome dendritique de la mamelle et d'un lymphadénome chez la souris. Hérédité des cancers multiples.** — MM. L. Mercier et L. Gosselin admettent la nécessité de la réunion, chez un même individu, d'au moins deux facteurs différents pour déterminer l'apparition de deux types de cancer. De plus, ces facteurs étant récessifs, on peut ainsi expliquer la rareté des cas de cancers primitifs multiples relevés dans les statistiques humaines.

**Etude comparée de l'aptitude encéphalitogène pour le lapin de diverses souches herpétiques humaines au moment de leur isolement.** — M. P. Lépine et Mlle R. Schœn ont observé que l'inoculation à la cornée du lapin de virus provenant de sujets en état de primo-infection herpétique a déterminé chez cet animal, dans 5 cas sur 9, une encéphalite mortelle aisément transmissible en série; par contre, le virus herpétique prélevé sur 13 malades atteints d'herpès récidivant s'est montré, quoique constamment kératogène, beaucoup plus faiblement encéphalitogène : lorsque la localisation névraxique a pu entraîner la mort de l'animal, les passages ont été impossibles, ou n'ont pu être pratiqués longtemps du fait de la fréquence inaccoutumée de neuro-infections mortelles auto-stérilisables, attestant ainsi un état particulier du virus dès son isolement sur le lapin.

**Sur la vaccine spontanée épizootique du lapin.** — M. S. Nicolau et Mme L. Kopciowska pensent que la vaccine spontanée épizootique du lapin peut exister en dehors des locaux contaminés par le virus vaccinal de laboratoire. L'irritation de la peau occasionne la localisation du germe vaccinal d'infection spontanée chez les animaux vivant en milieu contaminé. Les quinze souches de virus ainsi isolées se comportent comme le virus neurovaccinal de Levaditi et Nicolau ; les auteurs précisent les lésions causées par la maladie spontanée. L'immunité spontanée en milieu contaminé est fréquente.

*Séance du 28 novembre 1931.*

**Phlorizine et sucre protéidique.** — MM. Bierry, F. Rathery et Mlle Yv. Laurent ont vu que chez le chien, après injection de phlorizine, on observe de fortes fluctuations du sucre protéidique dans le sang sus-hépatique, le sang porte et le sang artériel. Ces fluctuations du sucre protéidique sont parfois plus amples que celles du sucre libre. Chez les chiens phlorizinés, les variations du sucre protéidique dans les plasmas porte et sus-hépatique sont d'un ordre de grandeur parfois bien supérieur à celui des variations du glycogène hépatique.

**Les hépatites et les cirrhoses expérimentales au bioxyde de thorium.** — MM. René Huguenin, Nemours-Auguste et Guy Albot montrent que le bioxyde de thorium détermine des hépatites diffuses des plus intéressantes pour l'étude des divers stades de la cirrhose expérimentale. Le thorium se fixe dans les cellules de Kupfer où on peut le colorer électivement par le bleu d'aniline. Les modifications parenchymateuses sont celles de toutes les hépatites diffuses : clarification cellulaire généralisée, atrophie de certaines cellules, et s'accompagnent ultérieurement d'une sclérose périportale progressive. Ces hépatites s'accompagnent de proliférations mononucléées autour des canaux biliaires, fait qui semble montrer l'absence de rapport entre l'infection canaliculaire et ces aspects appelés communément « péricholangitiques », qui sont des infiltrations des lymphatiques portaux.

F.-P. Merklen.

# NOUVELLES

**La médecine au théâtre.** — On nous annonce que *l'Enquête*, cette pièce si dramatique sur une particularité de l'épilepsie écrite par M. le professeur Roger, représentée autrefois au théâtre Antoine, sera reprise brillamment en février au Grand Guignol avec Fainsilber comme principal interprète. Le corps médical se fera un honneur d'y assister et de goûter le talent littéraire de notre vénéré ex-doyen.

**Les legs aux hôpitaux et le fisc.** — M. Liuyer, sénateur, a demandé au ministre du Budget, dans le cas où un hôpital-hospice a été institué légataire universel à charge de distribuer certains legs aux héritiers naturels du défunt, le testament stipulant que pour des héritiers l'hôpital devra acquitter les droits de succession, si l'exemption de la taxe successorale au profit des établissements hospitaliers s'applique en l'espèce à toute la succession, y compris les legs particuliers, ou simplement à la part de l'hospice, puisque la loi stipule que la taxe est due par le légataire universel et que les hôpitaux en sont déchargés, ou encore si l'exemption s'applique simplement à la part de l'hospice.

Voici la réponse du ministre :

« L'hôpital-hospice est exonéré d'une fraction de la taxe successorale proportionnelle à la valeur imposable des biens qu'il recueille dans l'hérédité ; mais il est redevable, en qualité de légataire universel de la partie de la taxe correspondant aux legs particuliers qui ne sont pas exemptés de cet impôt. »

**L'administration doit régler les honoraires des médecins phtisiologues commis par elle pour des examens.** — M. Perreau-Pradier, député, a rappelé au ministre du Budget que l'article 51 de la loi de crédits du 30 mars 1929, promulguée au *Journal officiel* du 31 mars 1929, prévoit que les candidats à un emploi administratif de l'Etat doivent être examinés en vue de leur admission définitive dans les cadres administratifs par un médecin phtisiologue, désigné par l'administration, qui établit un certificat mentionnant si l'intéressé est indemne ou atteint de tuberculose ; et lui demande si l'examen a lieu aux frais des intéressés ou bien si les honoraires dus aux médecins phtisiologues doivent être acquittés par l'administration pour laquelle le candidat postule.

Le ministre a répondu comme suit :

« Par application du décret du 10 décembre 1929 (art. 18), sont à la charge de l'administration les honoraires des médecins phtisiologues par elle désignés pour examiner les candidats admis à un emploi administratif de l'Etat. »

**Salon international du livre d'art.** — Le catalogue des lots de la tombola du Salon international du livre d'art sera envoyé à toute personne qui en fera la demande au Secrétariat, 125, boulevard Saint-Germain.

Le prix du billet est de 150 francs. Tous les billets sont gagnants.

Parmi les lots : une aquarelle d'Albert Besnard, des dessins de Bonnard, Dunoyer de Segonzac, Marchand, Alix, Guérin, Daragnès ; une Sainte Geneviève, de Maurice Denis ; des estampes de Carlègle, Hermann-Paul, Desvallières, Picasso, Decaris, des ex-libris exécutés pour le gagnant, des livres d'art signés des plus grands noms, des reliures, des abonnements aux revues.

**Voyage médical au Maroc.** — Organisé pour le *Journal de médecine de Bordeaux et de la région du Sud-Ouest*, par la Compagnie générale transatlantique et la Société des Voyages et Hôtels Nord-Africains, ce voyage qui s'effectuera à bord du paquebot *Meknès*, aura une durée de dix-sept jours, le départ ayant lieu de Bordeaux le 22 décembre, à 14 heures, et le retour à Bordeaux devant s'effectuer le 8 janvier 1932. Il permettra la visite de Casablanca, Fez, Meknès, Rabat, Marrakech, etc. Des excursions sont prévues à Aufa, Sald, Volubilis, Moulay Sdris, etc.

Le prix du voyage complet est fixé à 4 900 francs, prix comprenant : la traversée maritime en première classe ; les transports en autocars de luxe (fauteuils individuels) ; le séjour dans les hôtels « Transatlantique » ainsi que les pourboires et les taxes.

Réduction correspondante pour traversées maritimes en deuxième classe.

Tous renseignements complémentaires seront fournis sur demande adressée au *Journal de médecine de Bordeaux*, 57, rue des Trois-Conils ; à la Compagnie générale transatlantique, 1, cours Xavier-Arnozan, à Bordeaux, ou à la Société des Voyages et Hôtels Nord-Africains, 6 *bis*, rue Auver, à Paris.

**Société française de microscopie.** — La Société française de microscopie a tenu sa réunion préparatoire, le 1er juillet 1931, sous la présidence de M. Chenevière.

Au cours de cette réunion, il a été décidé ce qui suit :

1° Les statuts de la Société seront adressés, accompagnés d'un bulletin d'adhésion, à toutes les personnes susceptibles de s'y intéresser. Prière de s'adresser à M. L.-J. Laporte, secrétaire général, 81, boulevard Saint-Marcel.

2° La cotisation est de 50 francs par an. Exceptionnellement, la première cotisation sera valable pour la période d'octobre 1931 à fin décembre 1932.

3° Le siège de la Société est à l'Institut d'optique, rue de Sèvres.

4° Les cotisations devront être adressées à M. Albert Renaud, 22 *bis*, rue du Bois, à Vincennes (Seine).

La prochaine séance aura lieu le 21 décembre, à 21 heures, au siège de la Société.

**Conférence internationale contre la tuberculose.** — Le Comité exécutif de l'Union internationale contre la tuberculose, qui vient de se réunir à Paris, a arrêté, d'accord avec l'Association néerlandaise contre la tuberculose, les dernières précisions concernant la prochaine Conférence internationale, la huitième organisée par l'Union.

Cette Conférence aura lieu du 6 à 9 septembre 1932 à La Haye et Amsterdam, sous la présidence du professeur Noleu.

Les questions suivantes y seront discutées :

1° *Relations entre l'allergie et l'immunité.* — Rapporteur principal : professeur Jules Bordet (Belgique) ; co-rapporteurs : professeur Aldershoff (Pays-Bas) ; professeur S. Lyle Cummins (Grande-Bretagne) ; professeur J. de Daranyi (Hongrie) ; professeur Debré (France) ; Dr K. A. Jensen (Danemark) ; professeur B. Lange (Allemagne) ; professeur Ottolenghi (Italie) ; Dr A. Wallgren (Suède) ; Dr W. C. White (Etats-Unis).

2° *La chrysothérapie.* — Rapporteur principal : professeur Sayé (Espagne) ; co-rapporteurs : Dr J. B. Amberson (Etats-Unis) ; Dr Ameuille (France) ; professeur

# NOUVELLES *(Suite)*

Bocchetti (Italie) ; Dr L. S. T. Burrell (Grande-Bretagne) ; professeur Knud Faber (Danemark) ; Dr Jaquerod (Suisse) ; professeur W. Neumann (Autriche) ; profes-fesseur R. Rencki (Pologne) ; Dr G. Schröder (Allemagne) ; professeur J. Valtis (Grèce).

3° *L'assistance post-sanatoriale.* — Rapporteur principal : Dr Vos (Pays-Bas) ; co-rapporteurs : Dr J. Blanco (Espagne) ; Dr E. Bresky (Tchécoslovaquie) ; Dr Brieger (Allemagne) ; Drs R. Courtois et E. Olbrechts, en collaboration (Belgique) ; Dr Guinard (France) ; Dr N. Heitmann (Norvège) ; professeur E. Morelli (Italie) ; Dr H. A. Pattison (Etats-Unis) ; Dr D. A. Stewart (Canada) ; Dr Harley Williams (Grande-Bretagne).

Après lecture des rapports, présentés par des orateurs élus à l'avance sur une longue liste de candidatures, s'ouvrira une discussion libre à laquelle pourront s'inscrire les membres de l'Union internationale, ainsi que les « membres de la Conférence » présentés officiellement par les Associations nationales affiliées à l'Union.

Comme la coutume s'en est établie, un voyage d'études organisé par l'Association néerlandaise de lutte antituberculeuse, réunira les participants qui se seront inscrits à l'avance.

**Don à l'Association générale des médecins de France.** — Le Dr Plantier, d'Annonay (Ardèche), propriétaire de la « Panbiline », a adressé à l'Association une somme de 10 000 francs en faveur de ses différentes caisses. Les malheureux auxquels l'Association a pour mission de venir en aide ne manqueront pas, une fois de plus, d'apprécier la délicatesse de ce nouveau et généreux geste de notre confrère.

**Ecole de perfectionnement des officiers de réserve du Service de santé de la région de Paris.** — Programme des exercices pratiques communs aux quatre écoles qui auront lieu au grand amphithéâtre de la Sorbonne, 47, rue des Écoles, aux dates et heures ci-après :

*Dimanche* 17 *janvier* 1932, *à* 9 *h.* 30. — Par M. le médecin lieutenant-colonel Schneider, médecin-chef de l'École supérieure de guerre : Exercice pratique sur les évacuations secondaires par avions dans la zone d'une armée en opérations.

*Dimanche* 14 *février* 1932, *à* 9 *h.* 30. — Par M. le médecin lieutenant-colonel Scheinder. Exercices sur un cas concret d'évacuations sanitaires de l'avant, par voie ferrée, dans une armée en opérations. Les points d'embarquement en chemins de fer.

*Dimanche* 20 *mars* 1932, *à* 9 *h.* 30. — Par M. le médecin colonel Schickele, chef de la Section technique du Service de santé : Exercice sur le fonctionnement de la gare régulatrice dans un cas concret se rapportant à une armée en opérations.

*Dimanche* 7 *avril* 1932, *à* 9 *h.* 30. — Par M. le médecin colonel Schickele : Exercice sur le fonctionnement des évacuations secondaires sur l'intérieur du territoire.

Conformément aux instructions ministérielles en vigueur, ces exercices pratiques sont réservés aux officiers de réserve du Service de santé de la région de Paris.

**Clinique eumorphique.** — Le Dr Pierre Robin, médecin stomatologiste honoraire des hôpitaux, informe ses confrères que sa clinique eumorphique du 50 de la rue de Rennes, est transférée 7, rue du Dragon, où il continue de donner ses consultations gratuites tous les mardis et jeudis de 8 h. 30 à 11 heures.

Il rappelle à ses confrères qu'à sa clinique eumorphique exclusivement réservée au traitement de la glossoptose, cause permanente de la respiration par la bouche, même après l'opération des végétations adénoïdes, aucun soins ni médical ni dentaire n'est donné à cette clinique.

Le service permanent des consultations et des traitements est assuré par le Dr Samama, directeur de la clinique.

**Thérapeutique cardio-vasculaire.** — Un cours complémentaire sur les questions actuelles de thérapeutique cardio-vasculaire sera fait au grand amphithéâtre de la Faculté, à 17 heures, du 5 décembre au 19 février, sous la direction de M. le professeur Lœper.

*Détail des leçons.* — Samedi 5 décembre, M. le professeur Lœper : Le régime des cardiaques et la nutrition du cœur.

Samedi 12 décembre, M. Debray, médecin des hôpitaux : Les bases chimiques du régime de l'athérome.

Samedi 19 décembre, M. le professeur agrégé Pasteur Vallery-Radot : Les principes directeurs du régime des néphrites.

Vendredi 8 janvier, M. Cottet, ancien interne des hôpitaux : Les cures de diurèse.

Samedi 9 janvier, M. le professeur agrégé Zimmern : Électro-radiothérapie des artérites.

Vendredi 15 janvier, M. Boigey, directeur de l'Institut médical d'éducation physique de Vittel : L'hygiène physique du cardiaque.

Samedi 16 janvier M. A. Lemaire, chef de laboratoire à la Faculté : Les médicaments de l'hypertension artérielle.

Vendredi 22 janvier, M. le professeur agrégé Donzelot : Le traitement raisonné des bradycardies.

Samedi 23 janvier, M. A. Lemaire : Les médicaments de l'hypotension artérielle.

Vendredi 29 janvier, M. le professeur agrégé Ch. Aubertin : Les médicaments d'arrêt dans les tachycardies.

Samedi 30 janvier, M. le professeur M. Villaret : La crénothérapie des affections vasculaires.

Vendredi 5 février, M. le professeur A. Clerc : Les sels de quinine dans l'arythmie.

Samedi 6 février, M. A. Lemaire : Les médicaments de la tension rachidienne.

**Hôpital Saint-Louis (Ecole Lailler).** — A l'hôpital Saint-Louis (Ecole Lailler), dans le service de M. Louste, seront faites, en janvier et février 1932, les leçons suivantes sur les « Maladies du cuir chevelu ».

*Détail des leçons.* — 18 Ianvier, M. Louste : Considérations générales sur les affections du cuir chevelu et revue de celles du premier âge. — 20 janvier, M. Rivalier : Les teignes tondantes scolaires (Microsporie et trichophytie). — 22 janvier, M. Rivalier : Les teignes tondantes d'origine animale (teignes, scènes, sycosis, kérion, onychoses). — 25 janvier, M. Rivalier : Taxonomie des teignes. 27 janvier, M. Juster : Traitement des teignes. — 29 janvier, M. Thibaud : Favus humain et favus animaux.

1er Février, M. Sabouraud : Impétigo streptococcique

## NOUVELLES *(Suite)*

et ses dérivés. — 3 février, M. Rabut : Folliculite staphylococcique (Formes morbides dérivées). — 5 février, M. Lévy-Franckel : La pelade. — 8 février, M. Pignot : Pityriasis sec et stéatoïde. — 10 février, M. Rabut : La séborrhée chez l'homme et chez la femme. — 12 février, M. Louste : Diagnostic des alopécies diffuses. — 15 février, M. Lévy-Franckel : Diagnostic des alopécies en aires. — 17 février, M. Rabut : Varia : Psoriasis. Lichen circonscrit de la fosse sous-occipitale. Verrues planes juvéniles, verrues séborrhéiques séniles, papillomes, nævi plans, nævi verruqueux, papillomateux. — 19 février, M. Sabouraud : Les teintures. — 22 février, M. Pignot : Pratique du traitement des affections du cuir chevelu.

Les cours auront lieu les lundis, mercredis et vendredis de chaque semaine, de 11 heures à midi, à partir du 18 janvier 1932, salle des cours, Ecole Lailler (hôpital Saint-Louis), avec présentation de malades, de moulages, de photographies, d'examens microscopiques directs et de cultures.

Un diplôme de l'Association d'enseignement médical des hôpitaux sera délivré.

Le droit d'inscription est de 200 francs. S'adresser pour inscriptions et renseignements, à M. Rivalier (Ecole Lailler).

**Thèses de la Faculté de médecine de Paris.** — 7 *Décembre.* — M. ZADOC-KAHN (Bertrand), Les anomalies électro-cardiaques appliquées au cours de la diphtérie.
10 *Décembre.* — M. BARET, L'assistance médicale publique à la Réunion (1924-1929).

### MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

12 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, à 10 h. 30. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

12 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, à 9 h. 30. M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique.

12 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine, 10 h. 30. M. le professeur LEJARS : Leçon clinique.

12 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades. Clinique médicale infantile, 10 heures. M. le professeur NOBÉCOURT : Leçon clinique.

12 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital Cochin, 11 heures. M. le professeur PIERRE DELBET : Leçon clinique.

12 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique Tarnier, 10 h. 30. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

13 DÉCEMBRE. — *Paris.* Amphithéâtre des hôpitaux (rue des Saints-Pères), 10 heures, M. le Dr WEISSMANN-NETTER : La lymphogranulomatose maligne, maladie frontière.

14 DÉCEMBRE. — *Lyon.* Hôtel-Dieu, 8 h. 30. Concours de médecin du bureau de bienfaisance.

14 DÉCEMBRE. — *Paris, Bordeaux, Marseille.* Concours de médecin stagiaire de l'assistance médicale en Indochine.

14 ET 15 DÉCEMBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Consignation pour la session spéciale de réparation.

15 DÉCEMBRE. — *Paris.* Orchestre médical (mairie du VIe). Reprise des répétitions.

15 DÉCEMBRE. — *Paris.* Préfecture de police. Concours de l'internat de la maison départementale de Nanterre.

15 DÉCEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription pour le concours d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris.

16 DÉCEMBRE. — *Paris.* Assistance publique Clôture du registre d'inscription pour le concours d'électro-radiologiste des hôpitaux de Paris.

16 DÉCEMBRE. — *Paris, Bordeaux, Marseille.* Concours de médecin de 2e classe de l'assistance médicale à Madagascar.

16 DÉCEMBRE. — *Paris.* Asile Sainte-Anne, 10 heures. M. le professeur CLAUDE : Leçon clinique.

16 DÉCEMBRE. *Paris.* Hospice des Enfants-Assistés, 10 h. 45. M. le professeur LEREBOULLET.

16 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique propédeutique (hôpital de la Charité), 10 heures. M. le professeur SERGENT Leçon clinique.

16 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique de la tuberculose (dispensaire Léon-Bourgeois), 11 heures. M. le professeur BERNARD : Leçon clinique.

17 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique oto-rhino-laryngologique (hôpital Lariboisière), 10 heures. L. le professeur LEMAITRE : Leçon clinique.

17 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique thérapeutique médicale (hôpital de la Pitié), 10 h. 30. M. le professeur RATHERY : Leçon clinique.

17 DÉCEMBRE. — *Paris.* Société végétarienne de France (mairie du VIe), 20 h. 30. M. ED. LAMOUR : Un merveilleux organe ignoré des malades. — M. GEORGIA KNAP : Le radium et les miracles de la radioactivité.

18 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique obstétricale (hôpital de la Pitié), 11 heures. M. le professeur JEANNIN : Leçon clinique.

18 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital Saint-Antoine, 10 h. 30. M. le professeur BEZANÇON.

18 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, 10 h. 30. M. le professeur TERRIEN : Leçon clinique.

18 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique chirurgicale infantile (hôpital des Enfants-Malades), 10 h. 30. M. le professeur OMBRÉDANNE : Leçon clinique.

18 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hospice de la Salpêtrière. Clinique des maladies nerveuses, 10 h. 30. M. le professeur GUILLAIN : Leçon clinique.

## NOUVELLES *(Suite)*

18 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique Baudelocque, 11 heures. M. le professeur COUVELAIRE : Leçon clinique.

18 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique gynécologique (hôpital Broca), 10 h. 30. M. le professeur J.-L. FAURE : Leçon clinique.

18 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, 10 h. 30. M. le professeur BEZANÇON : Leçon clinique.

19 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, à 10 h. 30. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

19 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, à 9 h. 30. M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique.

19 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine, 10 h. 30. M. le professeur LEJARS : Leçon clinique.

19 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades. Clinique médicale infantile, 10 heures. M. le professeur NOBÉCOURT : Leçon clinique.

19 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital Cochin, 11 heures. M. le professeur PIERRE DELBET : Leçon clinique.

19 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique Tarnier, 10 h. 30. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

19 DÉCEMBRE. — *Paris.* Préfecture de police. Clôture du registre d'inscription des candidats au concours de l'internat des Asiles publics d'aliénés de la Seine.

19 DÉCEMBRE. — *Paris.* Assistance publique, 14 heures. Répartition de MM. les élèves internes de 2e, 3e, 4e année dans les services des hôpitaux pour 1932.

20 DÉCEMBRE. — *Paris.* Assistance publique, 14 heures. Répartition de MM. les élèves internes de 1re année dans les services des hôpitaux de Paris pour 1932.

20 DÉCEMBRE. — *Paris.* Amphithéâtre des hôpitaux (rue des Saints-Pères), 10 heures, M. le Dr WEILL-HALLÉ : Les nourrissons vomisseurs.

21 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital Trousseau. Réunion de la Société de laryngologie des hôpitaux de Paris.

21 DÉCEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription pour le concours d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris.

21 DÉCEMBRE. — *Bordeaux.* Examen de médecine coloniale.

28 DÉCEMBRE. — *Nancy.* Concours de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Besançon.

29 DÉCEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Clôture du registre d'inscription pour le concours d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris.

31 DÉCEMBRE. — *Turin.* Académie royale de médecine. Clôture de réception des envois pour le prix Ribière (écrire à M. Boffio),

31 DÉCEMBRE. — *Paris.* Société des chirurgiens de Paris. Dernier délai d'envoi des manuscrits pour les prix de la Société des chirurgiens de Paris. (Envois à faire à M. le Dr Buizard, 3, rue La Trémoille).

4 JANVIER. — *Paris.* Préfecture de la Seine (Assistance départementale, 3e bureau, annexe Lobau, escalier A, 2e étage). Ouverture du registre d'inscription pour le concours de l'internat en médecine de l'hospice Paul-Brousse.

4 JANVIER. — *Paris.* Assistance publique, 14 h. 30. Répartition dans les services des casernes de 6e et 5e année.

5 JANVIER. — *Paris.* Assistance publique, 14 h. 30. Répartition dans les services des externes de 4e année.

6 JANVIER. — *Paris.* Assistance publique, 14 h. 30. Répartition dans les services des externes de 3e année.

7 JANVIER. — *Paris.* Préfecture de la Seine. Concours des internes en pharmacie des Asiles de la Seine, de l'hôpital Henri-Rousselle et de l'hospice Paul-Brousse.

8 JANVIER. — *Paris.* Assistance publique, 14 h. 15 Répartition dans les services des externes de 2e année.

9 JANVIER. — *Nantes.* Dernier délai d'inscription pour le concours de professeur suppléant de la chaire de bactériologie, d'hygiène et de médecine expérimentale à l'École de médecine de Nantes.

11 JANVIER. — *Paris.* Assistance publique, 14 heures. Répartition dans les services des externes de 1re année.

11 JANVIER. — *Nancy.* Concours de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Besançon.

11 JANVIER. — *Paris.* Assistance publique. Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux de Paris.

14 JANVIER. — *Paris.* Société végétarienne de France (mairie du VIe), 20 h. 30. M. J. MORAND : Pourquoi végétarisme? — M. le Dr CHAVANON : Comment prévenir et comment guérir la diphtérie.

# VARIÉTÉS

## LE XXIVe VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES AUX STATIONS DU SUD-OUEST (PYRÉNÉES ET OCÉAN)

Par le Dr Jean DELALANDE
Chef de clinique à la Faculté.

Le programme du XXIVe VEM comportait la visite des stations de cure du Sud-Ouest et l'itinéraire en était admirablement tracé : parcourant d'abord d'est en ouest la région montagneuse des Pyrénées occidentales à travers le Béarn et le Pays basque, si riches en stations hydrominérales et climatiques, il s'infléchissait brusquement à angle droit en suivant l'océan Atlantique le long des plages de la côte basque, dans la forêt landaise ; puis, d'Arcachon gagnant Bordeaux, dont on devait visiter la Faculté, il suivait la rive gauche de la Gironde, à travers le vignoble du Médoc, jusqu'à la pointe de Grave, traversait le bras de mer à l'estuaire même du fleuve et finissait à Royan, sur la côte charentaise. Randonnée de long cours, extrêmement variée dans la qualité des richesses qu'elle offrait à notre admiration, elle fut pour nous un plaisir et un enseignement de tous les instants.

Il nous paraît donc tout naturel de remercier ceux qui préparèrent cette expédition, si réussie dans ses moindres détails ; tout d'abord, nos maîtres de la Faculté de Paris : le Pr Carnot qui avait bien voulu une fois encore, et pour la joie de tous, être l'animateur de la caravane, et le Pr Villaret, qui partageait avec lui la direction scientifique du voyage : tous les adhérents furent enchantés de retrouver à leur tête ces deux maîtres éminents dont beaucoup d'entre eux, récidivistes invétérés des VEM, connaissaient déjà la franche cordialité et l'entrain. Leur gratitude ne s'adresse pas moins aux Prs Serr et Sellier, professeurs d'hydrologie aux Facultés de Toulouse et de Bordeaux, qui, chacun dans leur fief hydro-climatique, organisèrent minutieusement les diverses étapes du voyage et concoururent étroitement à son succès scientifique, tout en attirant la sympathie respectueuse de tous les participants.

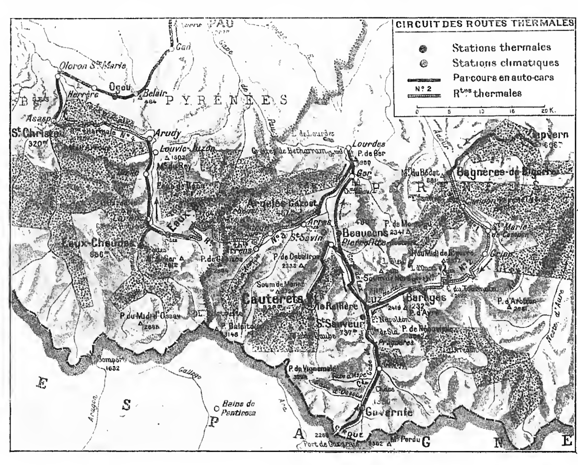



Fig. 1.

Il nous faut dire enfin notre reconnaissance à MM. Averseng et Laporte, internes de Toulouse

## VARIÉTÉS *(Suite)*

et de Bordeaux, commissaires du voyage, qui se dépensèrent sans compter pour assurer l'organisation matérielle du voyage et, surtout, à Mlle Machuré, secrétaire des VEM qui, malgré un panaris très douloureux, sut rester vaillante à son poste et ne le quitta qu'en denière heure, cédant à de fermes objurgations du Pr Carnot et de ses amis.

***

**Capvern.** — La concentration se fit, le 8 septembre, dans la jolie petite station pyrénéenne. Il y avait 120 adhérents, parmi lesquels 37 étrangers. Beaucoup de visages connus. Peut-être un peu moins d'amis étrangers que d'habitude, à cause des difficultés monétaires. Comme toujours, les confrères belges et danois sont en force. D'autres nations amies sont également représentées: Angleterre, Hollande, Roumanie, Suède, Tchéco-Slovaquie, etc.

Après un plantureux déjeuner où nous prenons contact avec la succulente gastronomie du Sud-Ouest, nous descendons au fond de la vallée étroite où s'élève l'établissement thermal.

C'est là que le Pr Carnot fait sa conférence inaugurale. En une synthèse magistrale, il trace l'itinéraire de notre voyage en nous montrant les grands caractères climatiques et thermaux des régions que nous allons parcourir : la région montagneuse des Pyrénées, empire du soufre, riche aussi en stations sulfatées et salines ; la Côte d'argent des pays basques, puis celle des Landes avec le soleil, la mer agitée, mais aussi les dunes et les pins qui en tempèrent l'âpreté.

Les eaux de Capvern sont sulfatées calciques, diurétiques et légèrement laxatives. La cure est essentiellement une cure de boisson qui se pratique à la buvette de la Source Hount-Caoute. Elle s'adresse surtout aux lithiases en général et plus particulièrement aux lithiases rénales et vésicales, au point qu'on a pu dire qu'elle était une association de Vittel et de Vichy. On combine généralement l'usage de la source Hount-Caoute et celui de la source du Bourridé qui, à sa teneur en « glairine », matière organique d'origine végétale, et en acide carbonique, doit des propriétés sédatives et antispasmodiques très précieuses.

La conférence terminée, nous rejoignons les cars de la Compagnie du Midi, qui, sans un accroc, parfois sur les routes les plus pénibles, vont nous transporter douze jours durant, dans la tempête ou sous le soleil.

Nous roulons bientôt vers le pays de Bigorre, sur une petite route étroite, d'un joli parcours boisé. Sur notre gauche se dressent les ruines altières du château de Mauvezin, et se déploie la chaîne des Pyrénées.

**Bagnères-de-Bigorre.** — Après avoir franchi l'Adour, traversant rapidement la jolie ville, nous allons aux Thermes de Salut, dans un parc verdoyant appartenant à la ville et qui est un des attraits de la station. Puis nous parcourons l'établissement thermal et nous écoutons ensuite la belle conférence du Pr Villaret.

Au point de vue climatique, Bagnères est le type des stations sédatives de moyenne altitude ; ville tranquille, bien que très vivante, et même industrielle, elle dégage une impression de fraîcheur reposante.

Les eaux y sont d'une infinie variété. Les plus importantes sont sulfatées calciques et magnésiennes chaudes (Salut, Salies, Foulon) et présentent une gamme étendue de thermalités dont peut jouer le thérapeute. Celles d'Angoulême, de Grandpré sont ferrugineuses froides. Celles de Labassère sont sulfureuses.

Avant tout, ces eaux sont sédatives ; accessoirement, elles ont une action diurétique et excito-sécrétoire.

Bagnères est donc essentiellement la station des nerveux, des fonctionnels, douloureux, pithiatiques, insomniques, des neurotoniques ou déséquilibrés vago-sympathiques, que le substratum de ces troubles soit respiratoire, digestif, génital, cutané.

Les installations de cure sont réparties dans divers établissements et surtout aux Grands-Thermes et aux Néo-Thermes (qui possèdent une piscine magnifique).

Nous nous réunissons ensuite au Casino, dans la salle des fêtes, où nous est servi un dîner de choix présidé par le sénateur-maire Noguès. Pendant le repas, les chanteurs montagnards de Bagnères, dans leurs costumes pittoresques, exécutent pour nous de magnifiques chants montagnards.

Malgré quelques soucis épidémiologiques récents, actuellement conjurés, la délicieuse station, calmante et tonique, est assurée d'un bel avenir, et doit se développer beaucoup, dans les conditions d'hygiène renouvelées qui nous ont été exposées par la municipalité.

**Le Tourmalet et le Pic du Midi de Bigorre.** — Le lendemain de grand matin, le soleil dissipe rapidement le brouillard. Nous remontons la vallée de l'Adour dont l'un des versants est encore dans l'ombre alors que l'autre étale en plein soleil de verts pâturages où paissent en liberté moutons et vaches. Le temps est merveilleux. A Sainte-

# VARIÉTÉS *(Suite)*

Marie de Campan, célèbre par ses marbres, la route grimpe plus fort et suit désormais, de plus en plus grandiose, la vallée de Gripp, aux cascades célèbres. Vers neuf heures, nous sommes au col de Tourmalet, d'où la vue est magnifique où l'on découvre la vallée de Bastan, Barèges, le massif de Néouvielles.

La descente, sous un soleil clair et ardent, s'effectue rapidement, et c'est la ruée d'appétits insolites sur les victuailles de la cabane de Sen-



*(Cliché Orban Cazaux.)*

Observatoire du Pic du Midi (2 878 m.) (Les Pyrénées en direction Sud-Est). (fig. 2).

des deux côtés, sur la vallée du Gripp et sur celle de Barèges. De là, une route toute neuve nous conduit au col de Sencours, à 300 mètres plus haut, où les cars doivent s'arrêter, au pied du Pic du Midi. Dans deux ans, la route, en construction, une des plus belles routes de montagne et des plus audacieuses, conduira jusqu'à l'observatoire ! Pour l'instant, on doit finir l'ascension à pied. Le directeur de l'Observatoire et sa femme nous ont fait la gracieuseté de venir nous chercher pour nous faciliter l'ascension et nous accueillir au célèbre établissement scientifique fondé par le général de Nansouty, à une hauteur où le ciel pur permet le mieux les observations astrales. Avec une ardeur joyeuse, les deux tiers des adhérents s'élancent, en suivant tout d'abord les travaux de la nouvelle route. Mais bientôt la montée devient plus dure, de nombreux enthousiasmes se découragent, et les arrivées au sommet (2878 mètres) s'échelonnent... A l'Observatoire, où nous sommes si cordialement accueillis, nous voyons les grandes lunettes de la coupole et on nous met au courant des beaux travaux entrepris, notamment sur l'atmosphère solaire. Sur la terrasse, la vue est admirable : vers le nord, c'est une immense mer de nuages, qui moutonne au soleil, au flanc des monts ; au loin, la plaine de Tarbes, la vallée de l'Adour ; vers le sud, c'est un panorama splendide

cours. Pendant ce repas impromptu nous assistons à l'éclatement de charges de dynamite que rend nécessaire la construction de la future route du sommet : dégringolade vertigineuse de blocs énormes sur la pente abrupte, ébou-



Vue de l'observatoire du Pic du Midi (fig. 3).

lis, fracas : un beau spectacle qui rappelle d'autres émotions à ceux qui connurent la guerre !

**Barèges.** — Nous repartons vers midi et, à partir du Tourmalet, nous dévalons à vive allure, par les lacets d'une route très dure, en suivant la vallée du Bastan jusqu'à Barèges. Curieux vil-

## VARIÉTÉS *(Suite)*

lage : une seule route, extrêmement inclinée ; tout le monde pêle-mêle dans cette unique voie ; de chaque côté, quelques maisons en ruines témoignent des avalanches redoutables des hivers précédents (Barèges est à 1 245 mètres, la station la plus élevée de France).

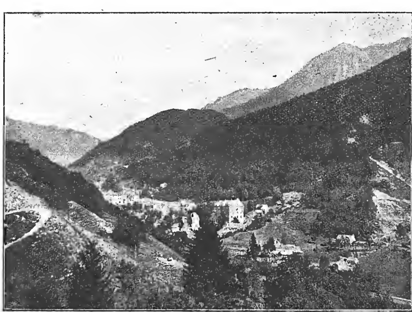
A l'hôpital militaire a été organisée la Journée de la Barégine, en coïncidence avec notre passage. Après le rapport, si complet, du Pr Fourment, d'Alger, les discussions se développent au milieu de l'attention générale, notamment de la part du Dr Molinéry, quant à la nature et au rôle thérapeutique de cette substance glaireuse, si abondante à Barèges, due au développement d'algues sulfuraires dans l'eau chaude. Une communication, particulièrement imprégnée de logique, du médecin colonel Rebierre, médecin-chef de l'hôpital militaire de Barèges, nous laisse sur l'impression de la valeur thérapeutique considérable des eaux de Barèges, quelle que puisse être par ailleurs l'importance curatrice de la barégine.

Après la visite de l'établissement, nous entendons la conférence du Pr Serr, qui, brièvement, mais avec cette clarté lumineuse qui enchaîne l'attention, nous expose les indications de la station :

Au point de vue climatique, Barèges est une station d'altitude (1 245 mètres) au climat très rude, qui convient aux fatigués et surmenés non fragiles.

Quant aux eaux, les «eaux des os», qui sont polysulfureuses et chrorurées, très stables et très excitantes, elles sont d'une efficacité tout à fait exceptionnelle sur les affections ostéo-articulaires traumatiques fermées ou, au contraire, fistulisées (eaux d'arquebusade), sur la tuberculose ostéo-articulaire, sur le rhumatisme chronique en dehors des poussées subaiguës.

Le médecin colonel Rebierre nous le prouve en montrant quelques-uns des malades dont il dirige la cure à l'hôpital militaire, avec des résultats souvent merveilleux. Tonicité des eaux et du climat, il y a là une action puissante à utiliser chez les osseux ; il faut espérer que les travaux en cours, pour augmenter le débit des sources, permettront de donner à cette si remarquable station sa pleine valeur.



*(Cliché U. Cazaux.)*

Barèges (1 250 m.) (fig. 4).

**Luz-Saint-Sauveur.** — Hélas ! le lendemain matin, malgré les pronostics optimistes des gens du pays, le soleil a fait place à une pluie battante. Nous atteignons Luz, jolie bourgade pittoresque, avec son église aux tours crénelées bâtie par les Templiers. De l'autre côté du Gave de Pau, accrochée aux pentes très rudes de la rivière, s'étage la charmante, mais toute petite station de Saint-Sauveur.

A l'établissement thermal, un peu vétuste, mais riche de son passé, et qui sera bientôt rénové, le Dr Macrez, en une causerie charmante, évoque quelques anecdotes historiques ou légendaires sur les eaux de Saint-Sauveur, évoquant entre autres les cures de la reine Hortense, des duchesses d'Angoulême et de Berry, de l'impératrice Eugénie. Saint-Sauveur est, avant tout, une station gynécologique ; les eaux de la Source des Dames y sont appliquées en bains, douches vagi-

nales, douches générales : bien que sulfureuses, elles exercent « paradoxalement » une action sédative et analgésique. D'où leur efficacité dans les affections utéro-annexielles douloureuses (dysménorrhées, névralgies pelviennes).

Par ailleurs, Saint-Sauveur, adossé à la montagne, suspendu au-dessus du Gave, jouit d'une situation climatique sédative remarquable et l'on y fait, loin des maris, une cure de calme complet qui contribue à la guérison.

**Gavarnie.** — Nous redescendons dans la vallée, passons sur le pont Napoléon, superbe arche de 47 mètres de large, surplombant à 65 mètres le Gave de Pau qui gronde au fond d'un ravin étroit d'aspect apocalyptique. Puis nous prenons la route de Gavarnie qui remonte la vallée du Gave de Pau. Des nuages bas nous empêchent de voir les crêtes, et près de nous, le torrent, grossi par la pluie, charrie des eaux jaunâtres. Un peu plus loin nous traversons le Chaos, amoncellement de blocs colossaux aux formes tourmentées, et, quelques instants plus tard, nous sommes à Gavarnie. Profitant d'une éclaircie, la plupart des VEMistes s'engagent sans peur dans le sentier boueux et irrégulier qui mène jusqu'aux falaises et aux cascades du cirque. Curieuse caravane en vérité : savants médecins armés de cannes et coiffés de bérets pyrénéens ; mulets, ânes, chevaux entraînant amazones ou cavaliers improvisés et peu solides ; puis déluge de pluie : sauve qui peut ; chutes dans les ruisseaux ; et enfin retour lamentable dans la boue, au milieu des inondations, jusqu'à l'hôtel de Vignemale dont la cuisine est bientôt transformée en séchoir. Par contre, nous avons vu les innombrables cascades de Gavarnie dans tout leur beau !

Un délicieux déjeuner à Luz remet toutes choses au point et nous pouvons repartir, à peu près secs, pour Cauterets en remontant l'étroite et profonde gorge, si riche à tout instant en paysages magnifiques.

**Cauterets.** — A la Raillère, superbement juché sur une terrasse dominant le Gave, on attendait notre passage pour inaugurer une plaque commémorative des célèbres recherches de Troost et Charles Bouchard sur les gaz rares de ces sources. Nous visitons les installations confortables (gargarisoirs, pulvérisateurs, salles de humage, etc.), la Buvette de Mauhourat (le petit Vichy des Pyrénées), et nous arrivons au pont de Benquis, d'où le spectacle est grandiose sur le confluent des gaves de Lutour et de Marcadan qui tombent en cascades grondantes pour former le gave de Cauterets.

En redescendant à Cauterets, nous voyons le camp thermal sous la tente, organisé depuis plusieurs années par le Dr Meillon, où des enfants débilités des villes peuvent se robustifier économiquement par le climat et les eaux de la station.

C'est au casino de l'Esplanade qu'a lieu la conférence du Pr Villaret qui nous expose, avec son habituelle maîtrise, les indications de Cauterets.

Au point de vue climatique, Cauterets est une station d'altitude (800 à 1 000 mètres), excitante et tonique, et par ailleurs, l'un des meilleurs centres de tourisme et d'alpinisme des Pyrénées.

Les eaux y sont infiniment variées et d'une abondance exceptionnelle (22 sources), permettant toute une gamme de cures dont peut jouer le thérapeute. Les eaux sulfurées sodiques sont les unes très stables (La Raillère, César), les autres dégénérées, plus douces (Rocher, Paure-Vieux, Petit Saint-Sauveur), d'autres intermédiaires (source des Œufs). Elles s'administrent soit en boisson (avec prudence), soit en bains de baignoire, d'eau courante ou de piscine, soit enfin en traitements locaux (bain nasal, douche rétro-nasale, gargarismes, pulvérisations, humages, etc.).

Cauterets est par excellence la station des oto-rhino-laryngologistes. On y voit des orateurs, des chanteurs, des professeurs, des politiciens, tous ceux qui parlent trop. Hélas ! combien sont-ils nombreux en France ! nous dit le Pr Carnot.

Cauterets convient principalement aux lésions catarrhales et purulentes chroniques des voies respiratoires supérieures : affections purulentes du nez, laryngites catarrhales, otites catarrhes de la trompe et de la caisse, pharyngites chroniques séquelles d'amygdalectomie. Mais non moins merveilleuse est l'action de Cauterets sur les bronchites chroniques, surtout les infections bronchiques descendantes de Flurin, et la fragilité bronchique consécutive.

Nous visitons, sous la conduite des médecins de la station, les Thermes des Œufs où nous admirons la grande piscine à eau courante, refroidie à 28°, qui constitue un magnifique bassin de natation. Malgré le mauvais temps, l'accueil fut si cordial (de la part notamment du Dr Flurin, qui avait organisé la réception), que nous fûmes vite réchauffés. Cauterets nous laissa l'impression d'une grande station, tout particulièrement fréquentée et efficace, qui sait retenir et ramener chaque année toute une série d'habitués pleins de reconnaissance.

**Beaucens.** — Au départ de Cauterets, nous faisons un détour pour gagner Beaucens, petite

## VARIÉTÉS *(Suite)*

station de renommée locale, mais très efficace dans le traitement des sciatiques.

Dans la vallée largement ouverte de Pierrefitte, et dans un cadre élégant, se trouve l'Hôtel thermal dans lequel les malades trouvent, à la fois, le logement et les soins hydrominéraux. Le traitement de Beaucens s'adresse presque uniquement aux sciatiques, aux lumbagos; il consiste en bains chauds, portés à la température maxima que peut tolérer le malade. Les eaux utilisées à cet effet, faiblement minéralisées, chlorurées sodiques (*aïgo salado*) et radio-actives, sont remarquablement efficaces. Beaucens est, en outre, une retraite des plus agréables, calme et saine, dans une région où les ressources touristiques sont particulièrement abondantes.

De Beaucens, nous rejoignons Pierrefitte, et faisons un détour par Saint-Savin, du monastère bénédictin de qui dépendait Cauterets: c'est un délicieux village, dominant toute la vallée du gave, possédant une église romane remarquable avec un clocher octogonal, des créneaux et des contreforts trapus, un orgue du XVI[e] siècle aux figures grimaçantes qui tirent la langue en cadence.

De là, nous allons à Lourdes, où chacun, suivant ses préférences, visite les chapelles, la grotte et où les innombrables cortèges de pèlerins se déroulent dans l'exaltation et dans l'attente de la guérison miraculeuse !

**Argelès-Gazost.** — A notre arrivée, le professeur Serr nous renseigne sur les indications de cette station climatique, extrêmement intéressante.

Joliment adossée aux pentes de Ger, au débouché du gave d'Arrens, la coquette petite ville est entourée et abritée en cercle par des hautes montagnes toutes proches; cependant elles n'enserrent pas trop étroitement la vallée du Gave de Pau : l'ensoleillement est considérable et la vue peut se reposer, au loin, sur des prés verdoyants, des rideaux d'arbres, de blanches maisons. Argelès possède un climat de montagne tempéré, sédatif, mais avec un caractère tonique. La luminosité y est extrême; l'air y est très pur, l'atmosphère n'est pas trop sèche : ces qualités toni-sédatives conviennent particulièrement aux nerveux excitables, aux enfants malingres, qu'affectent des déformations osseuses, des troubles de la croissance, aux asthmatiques, aux cardiaques, aux rénaux, etc.

Il y a, à Argelès, un institut de thérapeutique physique, dirigé par le D[r] Grenier de Cardenal, et une clinique orthopédique dirigée par le D[r] Bergugnat, un sanatorium pour tuberculeux, et plusieurs préventoriums.

A Arrens, dans la montagne, les malades peuvent monter à l'altitude pendant l'été.

Au point de vue thermal, Argelès reçoit les eaux froides qui jaillissent à 12 kilomètres de là, à Gazost, à la grande source, et dont les eaux utilisées à Argelès sont sulfurées sodiques, bromo-iodurées froides. Elles sont prescrites surtout dans les affections respiratoires, dans les affections génitales de la femme, dans les affections cutanées, etc.

Puis, sous une pluie diluvienne, nous partons pour l'ascension du col d'Aubisque, un des plus beaux des Pyrénées, que nous passons sous l'orage, dans un décor grandiose et terrible. Jusqu'à Arrens, nous dominons le gave, dont la vallée profonde offre des paysages verdoyants. Puis la route devient plus escarpée et plus sinueuse ; nous grimpons des pentes impressionnantes. A partir du col de Saucède, c'est un paysage désertique : la tempête nous harcèle et fait fuser de partout des cascades en nombre infini ; des éclairs et le tonnerre s'en mêlent.

La route de corniche que nous suivons, creusée au milieu des pentes presque verticales, surplombe un immense et profond ravin rempli de brume, dont les flancs abrupts ruissellent avec rage. Un aigle s'échappe presque sous nos pieds du creux d'un roc et plane mollement dans cette grisaille humide. Nous avançons lentement, en plein danger, d'autant plus émus que plusieurs de nos cars sont restés en panne et que nous ignorons leur sort... Nous arrivons avec angoisse au col, pour redescendre, plus rassurés, en de multiples lacets, sur Eaux-Bonnes en suivant la gorge du Valentin. Toutes les cascades sont grossies et apparaissent avec un éclat inaccoutumé. Si nous n'avons pas vu le panorama enchanteur (que nombre d'entre nous, avec le P[r] agrégé Chabrol, sont retournés admirer, en plein soleil, le lendemain matin), par contre, nous avons vécu, dans tout son beau, une grandiose tempête pyrénéenne sur les cimes et les précipices.

**Eaux-Bonnes.** — A Eaux-Bonnes, nous trouvons bon gîte, bonne chère, chaud accueil et nous nous remettons de nos angoisses. Le dîner qui nous est servi est succulent. M. le sous-préfet d'Oloron est venu nous accueillir, malgré tempête et inondation qui ont coupé sa route. Le maire nous reçoit chaleureusement.

Au surplus, nous en avons fini avec le mauvais temps : la lune a changé, et le reste du voyage s'écoulera sous un lumineux soleil !

En effet, le lendemain, le soleil brille dans un ciel serein et nous goûtons, avec délices, le charme de cette matinée lumineuse. Nous nous dirigeons

d'abord vers l'établissement thermal, parfaitement aménagé : salle de douches nasales, salle de pédiluves, salles de bains, tout y est propre et net.

Le Pr Serr nous parle des vertus des Eaux-Bonnes, réputées depuis plusieurs siècles, et qui méritent leur nom prometteur.

Ce sont des eaux sulfureuses stables, légèrement chlorurées sodiques, chaudes, de faible minéralisation, qui s'emploient surtout en cures de boisson (source vieille), sous une surveillance médicale étroite (car elles sont fort actives), mais aussi en gargarismes, humages, pulvérisations locales, bains de pieds. Les résultats thérapeutiques obtenus sont remarquables dans les affections des voies respiratoires supérieures (pharyngite granuleuse, hypertrophie des amygdales, rhinites purulentes) : Eaux-Bonnes est donc, elle aussi, une station d'oto-rhino-laryngologie. Mais les bronchitiques chroniques, les débiles des bronches, y trouvent aussi de notables soulagements.

Enfin, de par ces indications mêmes, les Eaux-Bonnes attirent de plus en plus les enfants lymphatiques, adénoïdiens, convalescents d'affections respiratoires, etc., qui trouvent dans cette station, à la fois, de l'air, de la lumière, une atmosphère particulièrement propice à une cure thermale précieuse, un pays délicieux de promenades.

Bref, Eaux-Bonnes ne doit plus être, comme au temps de Pidoux, une station de tuberculeux : elle doit se développer surtout comme une station d'enfants, lymphatiques, adénoïdiens, ganglionnaires, à robustifier par les eaux et par le climat.

Avant le départ, nous nous dirigeons vers la « promenade horizontale », splendide parc en corniche contournant les pentes du Goursy et dominant toute la vallée jusqu'à Laruns ; il y est facile de graduer les efforts physiques des petits malades en vue d'une bonne rééducation respiratoire.

**Eaux-Chaudes**. — La descente d'Eaux-Bonnes sur Laruns, par beau temps, est une joie pour les yeux. De chaque côté de la route, des pentes verdoyantes ; à chaque tournant, un nouvel aspect du panorama qui va s'élargissant progressivement. Nous débouchons bientôt dans la vallée du gave d'Ossau, où nous nous engageons pour la remonter jusqu'aux Eaux-Chaudes : très beau passage dans la gorge du Hourat, étroite et sauvage, au-dessus d'un gouffre profond, puis route plus riante, en corniche dominant le gave. En dix minutes, nous sommes à l'établissement thermal d'Eaux-Chaudes. Le médecin directeur, le Dr de Médevielle, nous y accueille. Avec lui, deux jeunes et jolies Ossaloises, les propres filles de notre confrère, nous font les honneurs de la station ; elles ont revêtu à cet effet le costume de la vallée d'Ossau, éclatant de couleurs vives sous le soleil qui nous fait fête ce matin.

Eaux-Chaudes est une petite station isolée et calme, au fond d'un ravin étroit, qui longtemps s'est laissée oublier et qui, par là même, est un peu déchue de son ancienne prospérité. Actuellement l'hôtel thermal est en voie de réorganisation afin que les malades puissent trouver réunis le confort d'un bon hôtel et les ressources de la cure.

Ce sont des eaux sulfureuses et calciques, qui possèdent des propriétés sédatives et décongestionnantes remarquables. On les emploie surtout dans



(Cliché Dr Godon.)

Les directeurs du XXIVe VEM
De gauche à droite : Pr Villaret, Pr Carnot, Pr Serr, Pr agrégé Chabrol (fig. 5).

les affections gynécologiques (métrites, vaginites, névralgies pelviennes) et dans les affections articulaires. Accessoirement les nerveux, les bronchitiques, les débiles, tireront bénéfice d'un séjour dans cette station.

Avant de repartir, nous gagnons à pied le Pont d'Enfer, à un kilomètre du village, et nous goûtons la paix ensoleillée de cette vallée profonde et étroite où gronde le gave entre les rochers de son lit accidenté. La Compagnie du Midi, qui a capté la houille blanche de cette vallée, prépare, en un aménagement grandiose, un funiculaire, un lac et un hôtel de montagne. Ce coin des Pyrénées sera, dans quelques années, en pleine vogue !

Quelques instants plus tard, nous sommes de nouveau en vue de Laruns ; puis nous cheminons dans la vallée, large et riante, du gave d'Ossau qui nous mène jusqu'à Oloron. Mais, avant de nous éloigner, un regard en arrière s'impose sur les hautes montagnes que nous quittons : dans la magnificence d'un midi ardent, le pic du Ger, éclatant de neige fraîche, lumineuse au soleil, domine orgueilleusement tout le massif que nous avions parcouru la veille sous l'orage ; plus à

## VARIÉTÉS *(Suite)*

l'ouest et plus lointain émerge le pic du Midi d'Ossau, lui aussi d'une blancheur immaculée. C'est un spectacle éblouissant et grandiose, qui contraste étrangement avec le sombre et tragique spectacle d'hier.

La route est belle et facile jusqu'à Oloron-Sainte-Marie, dont on voit les murailles de la vieille citadelle bâtie en éperon sur le confluent des gaves d'Ossau et d'Aspe.

**Saint-Christau.** — Sur la route du Somport qui mène en Espagne, dans une vallée riante et dans un parc aux grands arbres, Saint-Christau est une station unique : car elle est la seule source cuivreuse de France. Les eaux sont employées en boisson, en bains généraux ou locaux, en irrigations, en douches filiformes ou en épingle et enfin en pulvérisations. Elles constituent le meilleur agent thérapeutique direct que nous connaissions contre la leucoplasie en général (linguale, buccale, vulvaire). Les autres lésions linguales, insensibles au traitement antisyphilitique parce que de nature surtout scléreuse, sont également très améliorées à Saint-Christau.

Après la conférence du Pr Villaret, nous nous dispersons dans l'immense parc ombragé et fleuri, qui constitue un cadre délicieux et reposant à la station. Au milieu des arbres, quelques hôtels très confortables, quelques chalets, un établissement thermal bien aménagé, en constituent l'essentiel. Loin des routes, loin du bruit, dans un site charmant et verdoyant, Saint-Christau mérite d'être connu. Sa spécialisation étroite, l'originalité de ses eaux en font une station d'un intérêt exceptionnel.

A Saint-Christau, l'un de nos directeurs, le professeur Serr nous fait ses adieux : car nous quittons la région universitaire de Toulouse pour atteindre celle de Bordeaux : en termes délicats et charmants, il nous fait ses adieux, et une chaude ovation lui montre combien nous avons tous apprécié son affabilité, sa modestie et toute la peine qu'il avait prise pour nous rendre le voyage agréable et instructif.

**Pau.** — Nous suivons la route de Pau, d'où nous embrassons l'ensemble de la chaîne neigeuse des Pyrénées, et nous arrivons enfin à la capitale du Béarn, sur ce boulevard des Pyrénées, « la plus belle vue de terre, dit Lamartine, comme Naples est la plus belle vue de mer ».

La chaîne des Pyrénées se développe, en effet, à l'horizon sur une largeur de 100 kilomètres depuis le massif de Bigorre à l'est jusqu'aux monts d'Anie à l'ouest. Au milieu se dresse fièrement le pic du Midi d'Ossau. Bien que les nuages et la brume lointaine nous voilent un peu la ligne déchiquetée des crêtes, nous n'en admirons pas moins cet ensemble si harmonieux ; à nos pieds, c'est la plaine du gave et, sur son autre rive, les coteaux du Jurançon, plantés de vignes dont le vin humecta, dès sa naissance, les lèvres du bon roi Henri.

En septembre, Pau est encore en morte-saison, et la ville d'hiver est en grande partie vide. Des parcs et des villas somptueuses (dont beaucoup appartiennent à l'aristocratie anglaise), d'un dessin original souvent, s'y élèvent au milieu des jardins et des frondaisons, évoquant la paix et la douceur de vivre. Mais les grandes fortunes s'émiettent ; les parcs se lotissent et des villas plus modestes, délicieuses encore cependant, remplacent les grands manoirs et leurs parcs princiers.

A Pau, la municipalité et les hôteliers, troublés par l'insolente fortune de certaines villes de luxe et de plaisir, rêvent d'éliminer les malades comme on l'a fait à la Côte d'azur et de boycotter les maisons de cure... C'est là manœuvre bien dangereuse en temps de crise économique...

Pau jouit d'un climat très sédatif, du fait de la grande stabilité de son atmosphère et d'une absence de vents qui y avait fait, pendant la guerre, installer une célèbre école d'aviation. L'égalité thermique est parfaite ; les pluies fréquentes donnent un certain degré d'humidité qui calme les nerveux, les agités, les anxieux, les éréthiques et les hémoptoïsants. Par ailleurs, la vieille cité béarnaise est une station d'hiver magnifique pour les bien portants ou les fragiles qui craignent le froid. Mais ses propriétés climatiques mêmes font également de Pau un séjour excellent pour certains nerveux et certains tuberculeux.

Malgré la bacillophobie grandissante, il est bon de répéter qu'un tuberculeux en sanatorium n'est pas dangereux : ce qui est, avant tout, à redouter, c'est le tuberculeux clandestin qui loge dans des hôtels où l'on ne prend aucune précaution.

Dans les stations étrangères qui reçoivent à la fois des touristes et des malades, à Dawos par exemple, les tuberculeux ne constituent pas un danger, parce qu'ils sont isolés et soignés.

Le lendemain matin, quelques-uns d'entre nous, dont le Pr Carnot et le Pr Villaret, pour se rendre compte du problème, vont visiter dans la campagne voisine, avec une vue splendide, le sanatorium Trespoey, dont le Dr Jullien nous fait les honneurs : maison de santé bien tenue, confortable, et même élégante, où les malades sont précisément dans des conditions où aucun contage n'est à craindre.

Vers neuf heures, tout le monde se dirige vers le château. Nous en admirons l'élégante architec-

## VARIÉTÉS *(Suite)*

ture de la Renaissance, Sous la direction de l'érudit M. Ritter, nous en parcourons les pièces immenses, et nous admirons particulièrement l'extrême richesse de la collection de tapisseries splendides qui nous y est montrée : tapisseries des Gobelins, copies des chasses de Maximilien, célèbre série tissée au XVI^e siècle à Bruxelles, copies des « mois Lucas » d'après une tenture flamande du XVI^e siècle. La chambre à coucher d'Henri d'Albret, celle surtout où naquit Henri IV et dans laquelle est conservé son berceau formé d'une écaille de tortue géante, satisfont notr badauderie. C'est dans la grande salle du donjon que le Pr Villaret nous parle des indications et des propriétés climatiques de Pau « au climat bromuré ».

A Orthez, dans un paysage délicieux, un vieux pont de pierre jette sur le gave ses arches en dos d'âne ; une tour grise se dresse au milieu du pont et se découpe sur un fond d'arbres touffus qui se reflètent dans les eaux du torrent. Nombreux déclics d'appareils photographiques !

## LA MÉDECINE AU PALAIS

### HONORAIRES ET PRIVILÈGE

On sait que les médecins ont, aux termes de l'art. 2101, paragraphe 8 du Code civil, tel que cet article a été complété par la loi du 30 novembre 1892, un privilège pour les frais de dernière maladie, quelle qu'ait été la terminaison de cette maladie.

Les auteurs qui ont examiné cette loi estiment que le privilège garantit tous les frais de la maladie qui a précédé la mort, la faillite ou la déconfiture du débiteur; qu'en conséquence, le privilège protège le médecin non seulement quand le client meurt, ce qui lui assure des droits sur la succession, mais quand le malade devient insolvable.

Quand il s'agit d'une maladie chronique, certains auteurs ont prétendu que tous les frais qui ne sont pas éteints par la prescription sont privilégiés.

La jurisprudence, au contraire, paraît distinguer les diverses périodes de la maladie lorsque celles-ci ont été séparées par des intervalles de rémission pendant lesquels le malade n'a pas

## LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

été soigné. Notamment, un jugement du tribunal de la Seine, du 27 décembre 1913 (*Gaz. trib.* 1914 2-294), a jugé que seuls sont privilégiés les frais faits pendant la dernière période qui précède l'événement donnant ouverture aux droits du médecin, et la Cour de cassation, dans un arrêt du 3 août 1897 (Dall. 1898-1-394) a jugé que, quand il s'est produit une interruption de plusieurs mois entre différentes périodes de la maladie, seuls sont privilégiés les frais médicaux postérieurs à cette interruption.

En un mot, on estime que dans une maladie même chronique, les frais de dernière maladie doivent être interprétés dans un sens restrictif et ne s'appliquent qu'à la période qui a abouti à la mort ou qui a précédé la faillite ou la déconfiture.

On voit ainsi les questions délicates que pose l'article 2101 devant la cour de Paris, une nouvelle question vient de se poser.

Il s'agissait de savoir si un médecin peut réclamer un privilège prévu à l'article 2 101 comme ayant soigné un client dans sa dernière maladie, alors que ce médecin a renoncé à donner ses soins à ce client parce que celui-ci ne se soumettait pas à ses prescriptions, et alors que ce médecin a été remplacé par un de ses confrères qui, après une guérison momentanée du malade, a reçu de lui ses honoraires, et qui après une rechute a été appelé de nouveau auprès du malade et jusqu'à sa mort.

La Cour, dans un arrêt du 28 janvier 1931 (*Gaz. trib.*, 23 avril 1931), a décidé que seul le dernier médecin a droit au privilège de l'article 2101, car lui seul a soigné le malade au cours de sa dernière maladie.

L'arrêt de la Cour est ainsi libellé :

« La Cour ;

Considérant que « Lesieur, appelant, demande à être rétabli au rang privilégié que lui accordait le règlement provisoire, pour le montant de ses honoraires afférents aux soins donnés à la dame Boiget, au cours, prétend-il, de sa dernière maladie ; mais que la malade est décédée le 10 février 1922 ; que les soins qu'elle a reçus de Lesieur ont été donnés du 12 août 1920 au 1^er^ juin 1921 ; que Lesieur avoue lui-même qu'il a renoncé à suivre, cette malade, insoumise à ses prescriptions ; qu'un autre médecin, Molina, qui a remplacé Lesieur auprès d'elle, déclare l'avoir guérie peu de temps après et avoir reçu paiement de ses honoraires sur cette première cure, manifestée par quatre mois de rémission que Molina ajoute que c'est à la suite d'une rechute causée par l'imprudence

## LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

et l'indiscipline de sa cliente, qu'il a été appelé, en octobre 1921, à soigner de nouveau, et jusqu'à son décès, la dame Boiget ;

« Considérant qu'à cet énoncé des faits, rendu vraisemblable par la nature de la maladie traitée, Lesieur, demandeur en collocation privilégiée, et qui doit à ce titre faire lui-même la preuve de son privilège, n'apporte aucun élément de contradiction pour établir que la maladie n'a pascessé depuis ses derniers soins jusqu'à la mort de la malade ; qu'aucune certitude nouvelle ne pourrait résulter de l'expertise indirecte et purement commémorative à laquelle il est très subsidiairement conclu par le créancier contesté et qu'il y a lieu de maintenir à son égard la décision des premiers juges ;

« Considérant, en ce qui concerne la veuve Défaut, appelante incidente, qu'il y a mêmes raisons de lui refuser la collocation par privilège pour soins donnés à la dame Boiget, ces soins donnés en maison de santé se limitant à la période écoulée du 12 mars au 6 avril 1921 et ayant précédé de deux mois environ la première cure marquant un intervalle de santé avant la dernière maladie ;

« Considérant que le privilège ne saurait, au contraire, être sérieusement contesté à Molina; que ce médecin a constamment donné ses soins personnels à la dame Boiget au cours de la crise ininterrompue qui a précédé la mort et réglé lui-même les soins donnés dans la même période par ses auxiliaires à la malade ; que celle-ci a reconnu sa dette de 10 000 francs par un écrit du 5 février 1922 qui sera enregistré avec le présent arrêt et qu'il y a lieu de distraire seulement de cette somme totale, pour être payée au centime le franc, celle de 400 francs afférente à des soins donnés au chauffeur de la dame Boiget.

« En ce qui concerne la collocation de Tom : adoptant les motifs des premiers juges ;

« Par ces motifs et rejetant comme non fondées toutes conclusions contraires, donne acte à Chabrol et à Brunet, ès qualités, de leur déclarations qu'ils s'en rapportent à justice ;

« Confirme le jugement entrepris ;

« Dit qu'il n'y a lieu d'ordonner, parce qu'elle serait inopérante et vaine, l'expertise à laquelle il est très subsidiairement conclu par Lesieur ;

« Condamne Lesieur et Touquet à l'amende et aux dépens d'appel, à l'exception de ceux afférents à l'appel incident de la veuve Défaut, qui resteront à la charge de cette dernière ;

« Ordonne l'emploi des dépens en frais privilégiés de distribution par contribution. »

ADRIEN PEYTEL.
*Avocat à la Cour d'appel.*

# CÉRÉMONIES MÉDICALES

## LA LEÇON INAUGURALE DU PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

La leçon inaugurale du professeur Laignel-Lavastine fut un régal pour tous les esprits amis des belles-lettres. Le nouveau professeur, se promenant à travers les siècles, fit revivre les médecins humanistes fervents comme lui-même et donna de savoureuses lectures de fragments joliment choisis : sonnet d'Ambroise Paré ; immortelles pages de Rabelais, vers de Laennec ! pages de Claude Bernard, élégies de Haller, strophes de Charles Foix, etc.



Le professeur LAIGNEL-LAVASTINE.

Devant un public captivé, l'orateur, ayant fait cette incursion dans l'histoire des médecins littérateurs, montra l'importance de l'histoire de la médecine pour le développement de l'intelligence du médecin.

***

Né le 12 septembre 1875 à Évreux, Laignel-Lavastine y fit de solides humanités. Il devait rapidement conquérir à Paris les grades qui l'ont conduit au sommet de notre hiérarchie. Interne des hôpitaux en 1899, il soutint en 1903 une thèse remarquable par son importance et son originalité : *Recherches sur le plexus solaire.*

Élève d'André Petit, de Béclère, de Babinski, de Raymond, de Landouzy, il fut, en 1906, le chef de clinique de ce dernier.

Dès 1900, sa bonne étoile, sous les traits de son ami, notre sympathique collègue Maurice Faure (de Nice), le mit en relation avec Gilbert-Ballet. Grâce à ce maître, il trouva à Saint-Antoine, puis à l'Hôtel-Dieu, enfin à Sainte-Anne le laboratoire intime où il put mener à bien ses travaux.

Médecin des hôpitaux en 1907, agrégé de psychiatrie en 1910, il fut de Gilbert-Ballet, jusqu'à la mort prématurée de celui-ci, en 1916, le chef de laboratoire et l'assistant.

C'est dans le service de Gilbert-Ballet, à l'Hôtel-Dieu, que j'ai connu Laignel-Lavastine. Lorsque la disparition du professeur Raymond mit le désarroi dans ma carrière, il fut auprès d'un maître à la bienveillance un peu distante, l'ambassadeur de ma timidité ; je devins chef de la clinique de Gilbert-Ballet, ce qui décida de mon orientation. Je ne l'ai pas oublié.

Laignel-Lavastine appartient à la famille médicale, troisième de la lignée ; il compte dans celle-ci Bussy qui découvrit la liquéfaction des gaz et Daviel, inventeur de l'opération de la cataracte. Par son mariage, il était devenu le gendre de Paul Reynier, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, le petit-fils de Hérard, qui, comme Laennec, soutint contre les Allemands l'unité de la tuberculose.

***

L'œuvre de Laignel-Lavastine, un millier de travaux, est trop abondante pour se prêter à une complète analyse.

Il n'est aucun domaine des sciences médicales qu'il n'ait exploré, qu'il s'agisse de médecine générale, d'endocrinologie, de neurologie ou de psychiatrie.

Son œuvre majeure se trouve condensée dans sa *Pathologie du sympathique* (1924) aboutissant de plus de vingt années d'un constant effort et le travail français le plus considérable sur cette difficile et passionnante question.

On a de lui, encore, pour ne citer que ses livres principaux :

*Les accidentés de la guerre* (1914) ; *la Pratique psychiatrique*, avec André Barbé et A. Delmas, 1919 et 1929 ; *la Méthode concentrique dans l'étude des psychonévroses* (1928), traduit en langue anglaise en 1931 ; *Conférences de sympathologie clinique* (1929) ; *Tableaux de biologie différentielle*, avec G. Papillaut (1930), etc.

L'œuvre médico-historique de Laignel-Lavas-

## CÉRÉMONIES MÉDICALES *(Suite)*

tine l'a conduit à une chaire que la destinée lui devait. Cette œuvre nous retiendra plus longtemps. On peut l'envisager sous trois rubriques :

*Histoire des médecins et des hôpitaux ;*

*Histoire des maladies, des doctrines et des techniques médicales ;*

*La Médecine dans ses rapports avec l'histoire, l'art et la littérature.*

Glanons, sans ordre, dans les travaux se rapportant à ces trois rubriques : *la Vie médicale de saint Vincent de Paul ; les Idées et la Pratique psychiatrique de saint Vincent de Paul ; Daviel opérateur de la cataracte Pinel médecin-légiste ; Histoire de l'hôpital Laennec ; la Lèpre dans l'Ain au moyen âge ; les Études sur les étapes des connaissances psychiatriques de la Renaissance à Pinel ; la Genèse des idées modernes sur les démoniaques,* Jean Wier, 1515 à 1588 ; *Un maître de la neuro-psychiatrie au* XVII^e^ *siècle,* Thomas Willis, 1622-1675 ; *Paul Zacchias ; Offray de la Mettrie et le Matérialisme au XVIII^e^ siècle,* 1705-1751 ; *les Réflexions de Philippe Hecquet sur l'usage de l'opium ; les Précurseurs de Bayle ; Deux malades de Pinel ; Berbiguier et Martin de Gallardon ; les aliénés de la Révolution dans l'Œuvre de Pinel et de ses élèves ; les androgynes et les gynandres ; le Féminisme de l'abbé de Choisy ; les Chroniques de M^me^ de Sévigné,* etc.

Enfin groupant quelques-unes des études précédentes, le très beau livre paru récemment (1931) en collaboration avec Vinchon : *les Maladies de l'esprit et leurs médecins du XVI^e^ au XIX^e^ siècle.*

Laignel-Lavastine a été vice-président de la Société anatomique, président des Sociétés de neurologie de psychiatrie, Clinique de médecine mentale et d'Histoire de la médecine. Il est secrétaire général de la Société internationale d'Histoire de la médecine, assesseur de la Section d'histoire des sciences du Centre international de synthèse, etc.

L'œuvre de Laignel-Lavastine, son goût de l'enseignement qui lui fit porter la bonne parole à la Faculté de médecine, à l'Asile Sainte-Anne, dans les hôpitaux, à la Faculté de droit et à l'étranger, son érudition incomparable, ses connaissances littéraires et artistiques ont tracé le sentier qui devait logiquement le conduire à la chaire d'Histoire de la médecine et de la chirurgie.

Tous ceux qui ont suivi dans sa brillante carrière le nouveau professeur ont la conviction, qu'apportant à cette chaire son incessant labeur, son activité inlassable, son originalité, il lui donnera un lustre nouveau ; tous ceux qui ont connu sa bonté accueillante, la dignité d'une vie deux fois bouleversée par le plus atroce malheur, l'y voient accéder avec une sympathie profonde.

LÉVY-VALENSI.

---

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

*Séance du 11 décembre 1931.*

**Urticaire par le froid. Traitement par l'accoutumance.** — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT et PIERRE BLAMOUTIER rapportent l'observation d'une enfant de dix ans qui avait de l'urticaire chaque fois qu'elle immergeait une partie du corps dans l'eau froide ou qu'elle sortait par un temps froid. Les plaques ortiées siégeaient exactement sur les régions refroidies. Un jet de chlorure d'éthyle provoquait de l'urticaire comme le faisait l'application d'eau froide. Cette urticaire était d'ordre vasomoteur, il n'y intervenait pas de phénomènes humoraux.

Les auteurs se sont demandé si par l'accoutumance on ne parviendrait pas à faire supporter les basses températures. L'immersion des mains dans l'eau froide, répétée plusieurs fois par jour, a eu cet heureux résultat Actuellement l'enfant supporte l'eau glacée, un jet de chlorure d'éthyle, même une température de — 5°, sans faire d'urticaire.

Il semble que certaines manifestations vasomotrices, dues à des causes physiques, peuvent être combattues efficacement par la simple *accoutumance*, au lieu de recourir à des thérapeutiques compliquées et la plupart du temps inefficaces.

**Amylose, évolution du syndrome renal. Étude cytologique du foie.** — MM. MARCEL LABBÉ, RAOUL BOULIN, IVAN BERTRAND et L. JUSTIN-BESANÇON présentent un malade atteint d'amylose hépatique, vérifiée par biopsie et chez qui les troubles rénaux ont pu être suivis dès le début. Il s'agit d'un tuberculeux pulmonaire et osseux dont l'amylose fut soupçonnée en janvier 1930 sur deux seuls signes : hépatomégalie et épreuve au rouge Congo positive. Dans les mois suivants, apparut la splénomégalie. Quant au syndrome rénal, il évolua en trois phases : d'abord polyurie avec abaissement de l'azotémie et de la constante d'Ambard, puis phase d'albuminurie simple ; enfin azotémie progressive avec cylindrurie.

L'étude des lésions hépatiques montre qu'il s'agit d'amylose massive. Le fait capital, c'est que l'amylose débute nettement à l'intérieur même des cellules hépatiques. Il n'y a ni dégénérescence graisseuse, ni modification du réticulome, mais de grosses lésions cellulaires.

Cette observation est intéressante au point de vue clinique. Comme les auteurs l'ont fréquemment soutenu, l'amylose aussi bien que le syndrome de néphrose lipoïdique, loin d'avoir une symptomatologie pure, sont fréquemment associés à d'autres manifestations cliniques.

**Encéphalites post-vaccinales. Action du sérum de sujets vaccinés.** — M. NETTER souligne les heureux effets des injections de sérum de sujets vaccinés dans le traite-

# SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

ment des encéphalites post-vaccinales. Il serait utile de prévoir dès maintenant un stock de ce sérum.

M. Béclère pense qu'il vaudrait mieux prévoir du sérum de génisses vaccinées, les propriétés antivirulentes du sérum humain étant inconstantes.

**Action de l'aurothérapie suivant les formes anatomo cliniques de la tuberculose pulmonaire.** — MM. Ameuille et Hinault, revenant sur la question de l'aurothérapi- dans la tuberculose pulmonaire, essaient de dégager qu'elles sont les formes les plus particulièrement aurosensibles.

Parmi les lésions cavitaires, il leur paraît qu'ils obtiennent plus facilement des résultats dans les caverne fraîches, non encapsulées, récemment creusées, en pleins poussée exsudative, et ces cavernes disparaissent en même temps que l'exsudat qui les entoure disparaît ou diminue d'étendue dans à peu près la moitié des cas. Les cavernes plus anciennes, encapsulées disparaissent assez difficilement d'une façon complète, mais dans un très grand nombre de cas leur diamètre diminue dans tous les sens et elles semblent se rétrécir d'une façon considérable sous l'influence d'une cure par les sels d'or.

Les infiltrats petits ou étendus sont affectés d'une façon variable suivant les cas ; quelquefois ils disparaissent, quelquefois ils diminuent d'intensité et d'étendue, souvent ils ne sont pas modifiés et cela tient probablement au stade anatomique auquel ils en sont arrivés, ceux qui sont les plus proches de la poussée exsudative initiale paraissant les plus sensibles.

Enfin les images nodulaires correspondant à de petits tubercules disséminés ou groupés disparaissent assez difficilement, mais presque toujours se fixent sur place avec augmentation de leur opacité et calcification de leur centre.

Ce qui paraît le plus auro-sensible, ce sont les formes infiltrantes initiales avec grosse poussée fébrile, le débuts pseudotyphiques. Dans cinq cas de ce genre Ameuille et Hinault ont observé la chute immédiate de la température dès les premières applications des sels d'or et une disparition rapide en quelques semaines sous l'influence de doses relativement minimes des exsudats radiologiquement constatés. Ils insistent sur la nécessité de faire des doses élevées dans tous les cas qui ne correspondent pas à ces dernières formes. Ils estiment que les accidents très réels qui se produisent ne doivent pas empêcher d'employer une méthode qui donne des résultats indiscutables et souvent surprenants. Ils montrent que les résultats obtenus par les sels d'or sont beaucoup plus nombreux et plus rapides que les guérisons spontanées qu'ils estiment très réelles et pas très rares en cours de tuberculose pulmonaire.

**Tumeurs cérébrales opérées depuis plus de deux ans.** — MM Clovis Vincent, David et Puech présentent sept malades atteints de tumeur cérébrale opérés depuis plus de deux ans.

Il s'agissait d'un adénome hypophysaire, d'un cholestéatome du lobe frontal droit, d'un méningiome de la région sylvienne, d'un méningiome du sphénoïde droit, de deux tumeurs de la fosse postérieure, d'une tumeur sylvienne. Plusieurs de ces malades ont repris une vie normale; seuls restent atteints de troubles visuels ceux qui les présentaient avant l'opération.

M. Vincent souligne l'importance pronostique de la nature de la tumeur, de son siège, de son volume, de la précocité de l'intervention. Il ne faut pas abuser du traitement syphilitique, car pratiquement il n'existe pas de gommes du cerveau.

**Gangrènes et abcès du poumon traités par bronchoscopie.** — MM. Jean Cathala et A. Strée présentent 3 malades de leur service, auxquels le traitement bronchoscopique a été appliqué par M. Soulas : deux abcès gangreneux, un abcès non putride. Ces trois observations concernent des cas manifestement très graves, qui ont guéri rapidement après institution du traitement bronchoscopique. Les présentateurs soulignent la remarquable tolérance et la facile acceptation par les patients, d'une méthode qui, malgré son appareil un peu terrifiant, leur procure une amélioration dont plus que quiconque ils sont conscients ; l'action remarquable sur la fièvre, l'état général ; la reprise de l'appétit, la montée rapide de poids. En cas semblable ils recourraient sans hésitation et avec confiance à la méthode bronchoscopique.

Maurice Bariéty.

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

*Séance du 28 novembre 1931.*

**Sur une nouvelle technique de désalbumination du sérum et du sang.** — MM. A. Baudouin et Lewin présentent un nouveau procédé de désalbumination à l'aide d'un réactif iodé. Ce procédé présente un certain nombre d'avantages, en particulier la facilité de l'élimination du réactif du filtrat, et il est particulièrement intéressant pour déféquer le sérum sanguin en vue des dosages minéraux.

**Interprétation du choc anaphylactique déterminé par l'injection d'un sérum d'homme sensibilisé à un lapin préparé avec la protéine sensibilisante.** — MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric et Mme A. Hugo ont décrit précédemment un nouveau test d'anaphylaxie chez l'homme en montrant que le sérum d'un homme sensibilisé, injecté à un lapin préparé seize à quarante-cinq jours auparavant avec la protéine sensibilisante, peut déclencher un choc. Les auteurs ont recherché l'interprétation de ce phénomène. Il ne s'agit pas d'une réaction anticorps-anticorps, mais d'une réaction antigène-anticorps : dans le sérum humain coexistent très vraisemblablement l'antigène et l'anticorps. Il y aurait donc, chez l'homme sensibilisé, comme chez l'homme infecté, présence simultanément d'antigène et d'anticorps.

**Modifications histologiques provoquées par la vaccination antirabique dans le système nerveux des lapins.** — MM. S. Nicolau, L. Cruveilhier et Mme L. Kopciowska ont étudié les modifications tissulaires engendrées par la vaccination antirabique dans le système nerveux central et périphérique de lapins. Les modifications histologiques ont un maximum d'intensité chez les lapins sacrifiés de un à dix-sept jours après la quinzième injection vaccinante ; ce délai passé, elles diminuent en intensité, pour disparaître par la suite. Chez les animaux vaccinés à l'aide du virus rabique fixe non atténué, les modifications histologiques du système nerveux sont plus marquées.

*(A suivre).*

F.-P. Merklen.

# REVUE DES CONGRÈS

## VII[e] CONGRÈS DES PÉDIATRES DE LANGUE FRANÇAISE ASSOCIATION FRANÇAISE DE PÉDIATRIE

*Strasbourg, 5, 6 et 7 octobre 1931.*

### Sur les fièvres alimentaires dénommées à tort fièvres de lait sec ou de lait condensé.

Par M. B. Weill-Hallé (de Paris).

L'auteur s'élève contre les expressions de fièvre de lait sec et de lait condensé. Ces expressions sont probablement inexactes et peuvent être dangereuses. Inexactes, car elles tendent à expliquer les hyperthermies, observées d'ailleurs très exceptionnellement, par une action spécifique alors qu'elles ont le plus souvent pour cause une posologie incorrecte et sont dues en réalité à une suralimentation relative, fièvre par décalage de ration protidique dans le cas du lait sec, suralimentation hydrocarbonée dans le cas de lait condensé.

Ces expressions sont dangereuses, car, mal interprétées, elles tendraient à jeter le discrédit sur des aliments excellents et qui rendent les plus grands services dans l'élevage du nourrisson.

M. le Dr Lesné et Mlle le Dr Dreyfus-Sée (de Paris) ont déterminé expérimentalement la fièvre chez le nourrisson par *restriction aqueuse* ou par *augmentation de la concentration de lait sec* dans le régime. Ils insistent sur les notions primordiales d'âge et de terrain organique dans le déterminisme de ces fièvres provoquées. L'importance de la ration liquide ingérée est mise encore en évidence par l'échec des essais de réhydratation parentérale antithermique.

La fièvre provoquée n'a pu être obtenue par modification du régime du jeune animal.

Des variations dans le rapport des protéines sanguines ont été observées au cours de ces fièvres alimentaires chez les nourrissons, et les auteurs ont obtenu des variations semblables en provoquant une hyperthermie chez le lapin par chauffage à l'étuve.

Ces faits peuvent servir à étudier physiologiquement la fièvre alimentaire et à la situer dans le cadre des hyperthermies.

M. le Dr Hallez (de Paris) communique une intéressante observation de fièvre de lait sec chez un nourrisson.

MM. les Drs Robert Debré et Marcel Lelong (de Paris). — La question de la fièvre alimentaire a été posée pour la première fois en Allemagne par Finkelstein, il y a déjà vingt-cinq ans. Les recherches allemandes, conduites surtout d'un point de vue expérimental et théorique, ont abouti à deux théories pathogéniques valables, qui, loin de s'exclure, se complètent et s'appliquent parfaitement aux cas particuliers qu'elles envisagent respectivement. La théorie de Heim et John invoque l'insuffisance de la thermolyse, par diminution des disponibilités en eau par suite de l'action hydropexique du chlorure du sodium ; elle rend compte de la fièvre de sel. D'autre part la théorie de Rietschel invoque une exagération de la thermogenèse ; elle explique bien la fièvre protéinique, dans laquelle les albumines, par suite des conditions de leur métabolisme propre, non seulement immobilisent de l'eau, mais augmentent les besoins d'eau de l'organisme.

En France, les applications cliniques de ces notions expérimentales apparaissaient jusqu'à ces derniers temps obscures et l'on était porté à un grand septicisme ou même à nier la réalité des fièvres alimentaires en pratique. Dans les travaux poursuivis depuis plusieurs années, Debré et Lelong ont essayé une discrimination entre les faits évidents dès maintenant, et les faits possibles, mais obscurs et attendant encore leur démonstration. Pour cela, ils se sont placés délibérément uniquement sur le terrain clinique et, écartant toute idée pathogénique préconçue, ils ont recherché les cas où se perçoit avec clarté l'influence alimentaire. Ils ont abouti ainsi à la notion de la fièvre du lait sec (R. Debré et Semelaigue) ou de lait condensé (Lesué, J. Hallé, Debré) et à celle de la fièvre scorbutique ou préscorbutique. Ce sont là deux types de fièvre dont l'apparition, aussi bien que la disparition, est réglée, d'une manière nécessaire et suffisante, par des modifications du régime alimentaire, indépendamment de toute infection. Dans la fièvre de lait sec l'hypothèse d'un trouble rénal est contredite par la clinique.

La fièvre par privation d'eau, sur laquelle insiste Finkelstein (exsiccose) et nombre d'autres auteurs, a une existence expérimentale certaine. Cliniquement, on peut la soupçonner dans certaines conditions (fièvre du nouveau-né, fièvre de réalimentation dans le choléra infantile, fièvre au cours de l'application de la méthode de repas épais). Mais il est capital de souligner que la privation d'eau à elle seule n'est pas pyrétogène, l'exsiccose n'est qu'un terrain favorisant de la fièvre alimentaire ; elle n'est pas la cause de la fièvre alimentaire.

En clinique, les fièvres alimentaires sont donc des éventualités exceptionnelles. Elles sont plus des irrégularités thermiques, des « déséquilibres thermiques » que des fièvres à proprement parler. Le déséquilibre thermique reflète un déséquilibre de divers métabolismes, lui-même secondaire à un déséquilibre alimentaire. Le trouble métabolique est certain dans la fièvre scorbutique, mais il est actuellement inconnu dans sa nature ; tout ce que nous savons, c'est que l'adjonction de vitamine C au régime fait cesser à la fois le déséquilibre thermique et le déséquilibre alimentaire. Dans la fièvre de lait sec, ainsi que dans la fièvre par privation d'eau, il s'agit d'une rupture en rapport nécessaire entre l'eau de la ration et les constituants hydropexiques de cette dernière (protéines, sel, etc.) ; là encore, le retour à un régime équilibré ramène l'équilibre thermique.

M. le professeur Maldague (de Louvain) insiste sur la notion de « fièvre de soif » et cite des cas cliniques à l'appui de son opinion.

M. le professeur Fanconi (de Zurich) montre qu'il a pu observer des réactions thermiques alimentaires avec d'autres laits modifiés.

M. le professeur Rohmer (Strasbourg) rappelle l'apparition de fièvres alimentaires s'observant notamment à l'occasion de la réalimentation d'enfants soumis à une diète thérapeutique.

M. le Dr J. Comby (de Paris). — Malgré la très éloquente intervention de notre collègue et ami Robert Debré dans la question des fièvres alimentaires, j'ai le regret de ne pas partager entièrement sa manière de voir. D'une part il me semble qu'il a trop restreint son sujet en le limitant à la *fièvre de lait sec*, et en refusant d'y faire rentrer la


CRINEX
ACTIVE "PER OS"
"FIXE UN JOUR FIXE"
ECHANTILLONS
A
VOLONTÉ
28
LABORATOIRES DES PRODUITS "CRINEX" 18. Rue St Amand. PARIS 15e

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

fièvre de soif, la fièvre de babeurre dont le Dr Maldague vient de nous rapporter des exemples personnels. Je crois aussi, comme B. Weill-Hallé, à l'existence d'une fièvre alimentaire par usage de lait condensé quand le nourrisson est suralimenté. D'autre part, je ne crois pas que la fièvre du scorbut infantile soit assimilable à la fièvre de lait sec. Cette dernière, infiniment rare et admirablement décrite par R. Debré et ses collaborateurs, a des caractères particuliers qui la classent à part. La fièvre scorbutique au contraire est commune et relève d'une avitaminose pure ; c'est la carence en vitamine C qui la produit et c'est l'administration de cette vitamine qui la fait disparaître instantanément. Il y a trente et quelques années, quand nous commencions à observer la maladie de Barlow, nous ne la considérions pas comme une affection fébrile. Mais ensuite, prenant régulièrement la température des petits scorbutiques, nous avons trouvé assez souvent qu'elle était plus ou moins élevée, atteignant 38 à 39° et même davantage dans certains cas. Qu'elle soit préscorbutique ou scorbutique, la fièvre se rencontre assez fréquemment dans la maladie de Barlow et forme une classe à part dans la série des fièvres alimentaires.

(*A suivre.*) JULIEN HUBER.

---

### XVIIIe CONGRÈS D'HYGIÈNE

*Paris*, 12-15 *octobre* 1931.

**Protection des populations civiles contre les gaz de combat**, par M. SIEUR. — L'aviation constitue, à n'en pas douter, un bienfaisant progrès au point de vue des relations et des échanges qui ont lieu de peuple à peuple, mais, comme tout progrès, elle a aussi ses inconvénients.

Nous en avons eu la preuve au cours de la dernière guerre, puisque, malgré les engagements solennels pris à la Conférence internationale de La Haye, des belligérants n'ont pas hésité à utiliser l'avion d'abord pour jeter des bombes sur des villes ouvertes et ensuite pour répandre des produits toxiques sur les combattants.

L'émotion causée par cet emploi insolite de l'aviation est loin d'être calmée. Comme le champ et la puissance d'action de celle-ci s'étendent de jour en jour et comme d'autre part la fabrication des produits toxiques ne peut être interdite, puisque ces produits sont journellement employés dans l'industrie, un grand nombre de pays cherchent, à la demande de la Croix-Rouge, les moyens de mettre leurs populations à l'abri du nouveau danger aérochimique, si un nouveau conflit venait à survenir.

C'est l'exposé des moyens conseillés pour se préserver contre les gaz toxiques lancés par avion qu'a l'intention de faire le médecin général inspecteur Sieur.

**Les dispositions préconisées par M. le maréchal Pétain pour contribuer à la défense passive des populations civiles contre les gaz de combat**, par le colonel LAURE. — Le maréchal Pétain s'est efforcé de créer en France une organisation d'ensemble de la défense anti-aérienne, mettant en œuvre des moyens aériens, des moyens attachés au sol, et des défenses passives. Tous ces moyens sont nécessaires au même titre.

La protection des populations civiles contre les gaz forme une partie qui ne peut être isolée du cadre général des défenses passives.

Elle comprend :

1° *Des mesures préventives*, dont la plus importante est l'évacuation d'une grande partie de la population ; les mesures de protection de la population non évacuée comportent des moyens de protection individuelle (appareils clos, masques), et des moyens de protection collective (abris) ; tous ces moyens sont utilisés d'après des consignes d'alerte étudiées dès le temps de paix ;

2° *Des mesures curatives*, ayant un triple objet : transporter, hospitaliser et soigner les personnes intoxiquées ou blessées.

Pour fonctionner, un tel système de défense doit être préparé dès le temps de paix, amélioré par des essais et connu de tous. Le maréchal Pétain a mis à l'étude une instruction pratique qui donnera les directives générales et les précisions techniques nécessaires.

**De la nécessité de créer une Ligue internationale pour la protection des populations civiles contre les gaz de combat**, par le colonel A. FONJALLAZ. — La guerre des gaz, celle qui dans l'exposé des motifs sur la question adressée au président de la République française (9 février 1931) a été indiquée comme « la forme d'agression dont l'emploi se généralisera dans les conflits futurs », doit-elle être étudiée aussi au point de vue international ? Un neutre, le colonel Arthur Fonjallaz, de l'armée suisse, le croit fermement. Cette conviction l'a amené à poser la question à des personnes de plusieurs pays. Les réponses affirmatives et encourageantes qui sont parvenues permettent d'envisager le problème sous un jour favorable. Pour défendre les droits d'un Etat, il faut les connaître, les étudier, déterminer les droits de souveraineté, chercher à éliminer les interprétations douteuses. Voilà quelques-unes des tâches qui devraient attirer les gens soucieux de justice.

Le principe des règles internationales pour les blessés, les hôpitaux et le personnel sanitaire, créé par la fondation de la Croix-Rouge le 22 août 1864, doit être étendu sur l'ensemble des peuples et des populations en guerre. Coopérer à l'œuvre humanitaire de la Croix-Rouge, tel est le but que se propose la Ligue internationale pour la protection des populations civiles contre les gaz de combat.

**La protection des populations civiles contre le danger aéro-chimique. Mesures, d'utilité pratique en temps de paix, permettant d'en faciliter l'organisation. Rôle des médecins directeurs des services d'hygiène**, par le professeur J. PARISOT (Nancy). — M. Parisot rappelle tout d'abord : sa longue pratique tirée d'expériences vécues de 1915 à 1918 dans le domaine de la guerre chimique (basée en particulier sur l'observation et le traitement de plus de 15 000 gazés, les diverses circonstances de leur intoxication, etc.), ses études poursuivies depuis dix ans, sur la protection des populations civiles contre le danger aéro-chimique et la documentation réunie à ce sujet par lui sur les mesures prises à l'étranger, ses rapports sur l'organisation de cette protection en particulier au secrétariat général de la Défense nationale en novembre 1924 et en avril 1931, sa collaboration aux diverses commissions de protection dont il fait partie. S'adressant à des méde-

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

cins, aux directeurs des services d'hygiène, il envisage le rôle qui peut incomber à ceux-ci dans l'organisation de cette protection telle qu'elle est fixée par les instructions de l'inspection générale de la défense anti-aérienne (surveillance médico-sociale de la population évacuée, collaboration à l'organisation sanitaire et de secours, etc.).

Étant données les grandes difficultés d'organiser cette protection (qui, même très développée, ne pourrait que *limiter* les pertes vis-à-vis de l'agression *combinée* par projectiles explosifs-incendiaires à gaz), on peut chercher à la faciliter par des mesures qui seraient d'importance en cas de guerre, et auraient en temps de paix, dans la vie courante, une utilité pratique incontestable pour la protection de la vie, de la santé des populations, M. Parisot insiste en particulier sur les points suivants :

Intérêt de donner aux médecins (aux étudiants dans les Facultés et aux praticiens par conférences spéciales) des notions suffisantes sur les intoxications par gaz (de combat et autres), la protection, le traitement et les méthodes modernes de secours aux asphyxiés, etc.

Nécessité de doter les corps de sapeurs-pompiers et de police de moyens de protection (masques filtrants et appareils respiratoires, ventilateurs, etc.) permettant tout au moins la création de sections de sauvetage et de dégazage, aptes techniquement et matériellement à intervenir en cas de sinistres (incendies, explosions, accidents, etc.) sans danger pour eux-mêmes et avec le maximum d'efficacité pour leur action, le sauvetage des victimes, etc.

Développement et surveillance plus efficace des moyens de sauvetage et de protection contre les intoxications par gaz délétères dans les usines, établissements industriels, etc., où un personnel mieux éduqué, parfaitement protégé et armé (section de sauvetage), devrait partout être parfaitement à la hauteur de sa tâche ; on éviterait ainsi des accidents encore trop fréquents en renforçant la prévention contre les accidents du travail.

Création de postes de secours fixes et mobiles pour soins aux asphyxiés, urbains, industriels, etc. (modèle de l'organisation de Paris, « type » du médecin colonel Cot).

Création dans les départements d'un « Centre antigaz » (caserne de sapeurs-pompiers du chef-lieu par exemple) pour la surveillance, réfection des masques, avec chambre à gaz ; lieu d'éducation, d'entraînement pour les pompiers, sections de sauvetage, etc.

Instruction adaptée des infirmières de Croix-Rouge et des sociétés de sauveteurs, de boy-scouts, et organisation d'un certain nombre d'*équipes de premier secours*, bien encadrés sous forme de *détachements sanitaires* (suivant l'organisation réalisée à Nancy par M. Parisot), munis d'un petit matériel d'urgence et auxquels on pourrait faire appel dans les cas de sinistres importants, de calamités, etc.

Développement, en général, du matériel de secours urbain, pour transports de blessés, malades en particulier.

Ces diverses réalisations font partie du domaine des médecins hygiénistes ; leur exécution peut être, financièrement, facilitée, car elles concourront au développement de l'armement sanitaire ; utiles à ce point de vue, on doit espérer qu'elles n'auront jamais à intervenir dans le but de constituer les « noyaux » prêts techniquement et matériellement à soutenir et à grouper autour d'eux les services de défense passive contre une agression.

**Les abris collectifs de protection contre les gaz de combat.** — J. Leclercq (de Lille). — Il y a lieu de compléter la protection individuelle contre les gaz de combat par une organisation comprenant des abris collectifs, protégeant les personnes à la fois contre les obus explosifs et contre les projectiles toxiques.

Il est nécessaire de prévoir pour quelques-uns de ces abris, plus spécialement destinés aux enfants en bas âge, aux malades, aux intoxiqués, à certains services publics importants, aux postes de secours, une ventilation réalisée à l'aide d'un appareil permettant de filtrer l'air extérieur et de neutraliser les gaz toxiques qu'il contient.

La caisse filtrante réalisée par l'auteur au cours de la guerre, et encore réglementaire aujourd'hui dans l'armée, permet d'obtenir ce résultat. Des recherches récentes ont montré qu'il est aisé de la modifier suivant des nécessités nouvelles.

**Une expérience de protection des populations civiles contre les gaz toxiques** (Front britannique, 1916-1918) par le Dr Mazel, agrégé de médecine légale à la Faculté de Lyon. — Le Dr Mazel rappelle que le problème de la protection des populations civiles vis-à-vis des gaz de combat s'est posé au cours de la dernière guerre, tout spécialement dans le secteur britannique (région minière). Il expose dans ses grandes lignes l'organisation alors réalisée, montre les difficultés qu'il a fallu vaincre et précise, par quelques chiffres, les résultats obtenus. De cette expérience, il dégage quelques indications d'une portée générale et susceptibles d'être, à l'heure actuelle, utilement retenues.

**Organisation urbaine de postes de secours fixes et de postes de secours mobiles pour asphyxiés du temps de paix. Son importance dans la formation et l'entraînement des équipes de sauveteurs spécialisés en temps de guerre,** par le Dr Cot. — L'auteur indique l'intérêt qu'il a à doter l'hygiène urbaine des moyens de secours nécessités par les asphyxies accidentelles que le machinisme moderne rend de plus en plus fréquentes.

Il rappelle que les électrocutés, les noyés, les intoxiqués par CO sont des malades intransportables, qu'il faut soigner sur place et avec le maximum de rapidité.

Le poste de secours mobile du régiment de sapeurs-pompiers de la Ville de Paris, qu'il a créé il y a cinq ans, a permis de secourir plus de 300 victimes et d'obtenir un pourcentage de succès très intéressant. L'auteur estime que c'est là le meilleur moyen de préparer dès le temps de paix la formation des équipes de premier secours que la Commission des experts a si justement préconisée et de donner aux divers éléments secouristes volontaires un noyau de cristallisation officiel.

Ceux-ci pourront alors être initiés de façon vraiment pratique et homogène à la technique des soins nécessités par les gazés du temps de guerre, qui, dans ses grandes lignes, est identique à celle dont les asphyxies accidentelles du temps de paix sont justiciables.

**Quelques points particuliers de la protection des populations civiles contre les gaz de combat,** par M. le Dr Boulanger, inspecteur départemental d'hygiène. — Pour soulager les populations maintenues dans les villes bombardées et gazées (il s'agit du strict minimum de popu-

lation maintenue sur place, parce qu'indispensable, et particulièrement des équipes de secours aux gazés), pourra être bon d'organiser en leur faveur des relèves en zones non gazées, zones dites de repos ou zones-refuges, situées en forêt ou sur une colline choisie *ad hoc*, à quelques kilomètres de la ville : relèves par autocars ou par avions.

Toute ville susceptible de constituer un objectif de bombardement doit être munie dès à présent d'un hôpital suburbain spécialement aménagé et outillé, en dehors des points les plus exposés, dans un site très aéré, muni, de larges moyens d'évacuation.

**Protection des populations civiles contre les gaz de combat. Présentation d'appareil**, par M. M. MARCILLE, chirurgien des hôpitaux de Paris. — Il faut envisager deux sortes de moyens de protection contre les attaques par les gaz toxiques :

1° Les moyens de protection collectifs ;

2° Les moyens de protection individuels.

1° *Les moyens de protection collectifs.* — Ils sont caractérisés les uns par captation d'air sain à grande hauteur comportant divers modes de distribution ; les autres par création de réduits clos dans lesquels les sujets vivent comme dans la cloche expérimentale de Regnault et Reiset.

Il existe déjà quelques organisateurs bénévoles qui s'occupent de créer dans divers points du pays des centres pouvant secourir chacun plusieurs milliers d'individus.

2° *Les moyens de protection individuels.* — Les appareils filtrants étant insuffisants, il faut avoir recours aux appareils isolants, qui sont caractérisés par un vase à paroi élastique mis en communication avec le poumon de l'homme par un tube à embout ou un masque. Le poumon et ce vase élastique constituent un ensemble : quand le poumon évacue son air, le vase élastique se distend; quand le vase élastique se vide, le poumon se remplit. L'air usé qui sort du poumon perd, dans l'appareil, son acide carbonique et les autres éléments toxiques, en même temps qu'il se recharge d'une quantité d'oxygène égale à celle consommée par le poumon.

Le poumon, qui s'approvisionne dans cet appareil, retrouve alors un air nettoyé et complété.

Cette respiration en air confiné peut durer indéfiniment si l'on est en possession des munitions nécessaires.

Je présente un appareil de ce genre, qui a comme caractéristiques :

1° De fixer puissamment l'acide carbonique, ce qui est l'acte le plus essentiel d'un appareil à circuit fermé ;

2° De dépenser très peu d'oxygène ;

3° D'aider l'acte respiratoire, dont les moyens dynamiques normaux sont extrêmement faibles.

**Les pyréthrines et l'hygiène**, par le Dr J. CHEVALIER. — Les pyréthrines sont utilisées de plus en plus en hygiène, depuis qu'on a reconnu l'universalité de leur toxicité pour les animaux à sang froid et leur innocuité parfaite pour l'homme et les animaux à sang chaud. Elles tuent par paralysie du système nerveux central après une période d'excitation incoordonnée.

Elles n'agissent pas à l'état de vapeurs : il faut, pour tuer, qu'elles soient absorbées soit par contact, soit par le tube digestif.

Le plus souvent, les insectes sont atteints par pulvérisations d'un liquide chargé de pyréthrines ; il faut employer un liquide de tension superficielle et de viscosité convenables pour mouiller les tissus vivants et pulvériser sous pression et en produisant un brouillard et non des gouttes. La concentration en pyréthrine devra être suffisante ; elle varie suivant les animaux de 1/10 000 à 1/25 000.

Par cette méthode, on débarrasse sans nuisance les habitations, casernes, navires, hôpitaux, locaux agricoles des puces, punaises, cafards, poux divers. C'est le procédé de choix pour l'épouillage, le traitement de la phtiriase, de la gale, par lavage et friction légère, chez l'homme, le chien, le chat, le cheval, etc...

Les pyréthrines sont des vermicides actifs, qui, pris à l'intérieur, détruisent les vers intestinaux des animaux domestiques souvent transmissibles à l'homme. Un traitement systématique des chiens et chats diminuerait ces infections chez l'homme.

**Sérothérapie de la fièvre typhoïde par le sérum antityphoïdique concentré et purifié**, par E. GRASSET. — Une sérothérapie antityphoïdique spécifique, pour être efficace, doit être à même d'exercer sur le syndrome toxi-infectieux qui caractérise la fièvre typhoïde, une double action thérapeutique, antitoxique et antimicrobienne.

Par son principe de préparation, son action polyvalente, et le procédé de concentration et de purification auquel il est soumis, le sérum antityphoïdique concentré et purifié répond à ces desiderata.

Son emploi dans le traitement de plus de 1 200 cas de fièvre typhoïde, au cours de la période 1929-1931, en Afrique australe principalement, où la fièvre typhoïde revêt une importance épidémiologique et économique primordiale, a permis d'en étudier systématiquement les modalités d'application clinique, et a mis en évidence sa valeur thérapeutique.

Le traitement sérothérapique présente son maximum d'efficacité lorsqu'il est institué au cours des deux premiers septénaires de l'infection typhoïdique, bien qu'un pourcentage important de cas traités tardivement bénéficient encore de son action curative.

Des statistiques basées sur l'emploi du sérum antityphoïdique dans des conditions épidémiologiques variées dans la population européenne, noire, et asiatique, montrent que la mortalité générale de typhoïde, réduite dans la proportion des deux tiers pour l'ensemble des sujets traités par le sérum, est par contre sept fois inférieure lorsque le traitement sérothérapique est institué durant les quatorze premiers jours de l'infection typhoïdique.

**Lutte contre les coquillages insalubres.** — La lutte contre les coquillages insalubres, cause de tant de cas de fièvre typhoïde, est extrêmement difficile — pour ne pas dire impossible — sans l'aide de l'autorité supérieure. Le décret de 1923 est venu au secours des hygiénistes, mais il ne vise guère, malheureusement, que l'huître, autrefois seule incriminée, et c'est aujourd'hui la moule qui joue le premier rôle dans la transmission des infections éberthiennes. MM. Carrieu et Pappas pensent qu'une réglementation nouvelle doit voir le jour au plus tôt, visant indistinctement tous les coquillages. Dans ces conditions, les moules provenant de parcs d'élevage reconnus salubres seront seules mises en vente, les moules de pêche devant être parquées (ce qui ne léserait aucune-

ment les intérêts des petits pêcheurs). Du reste, il existe sur la côte méditerranéenne par exemple six stations scientifiques qui pourraient s'occuper de la question de garantie par une surveillance bactériologique bien comprise. Enfin les agents de contrôle, actuellement trop nombreux et appartenant à trop de services étrangers les uns aux autres, seraient spécialisés, ce qui permettrait de restreindre leur nombre.

**La collaboration des institutions d'Assurances sociales et de l'Organisation d'hygiène. Ce qu'elle doit être et comment on peut la réaliser pratiquement**, par le professeur J. Parisot (Nancy). — Dans une série de rapports et de publications antérieures, M. Parisot a montré la nécessité qu'une étroite collaboration soit établie entre les institutions d'Assurauce sociales et l'Organisation d'hygiène. Inspiré par des exemples, les uns à suivre, les autres à ne pas imiter, que lui ont offerts des études dans les différents pays d'assurances, il a réalisé pratiquement cette collaboration dans le cadre départemental (département de Meurthe-et-Moselle) dès la fin de l'année 1930 par un contrat tripartite établi entre l'Office d'hygiène sociale qu'il dirige, l'Union des caisses du département et l'Association syndicale des médecins de Meurthe-et-Moselle. M. Parisot souligne l'intérêt et l'importance de l'intervention du corps médical dans un tel contrat : sa collaboration (indispensable à la vitalité et au large développement de la médecine sociale, manifestée depuis dix années de façon progressivement active en Meurthe-et-Moselle où le taux des consultants des dispensaires envoyés par leurs médecins atteint 80 à 90 p. 100 de leur totalité) est assurée ainsi de façon précise, effective et durable, toute cause de conflit étant définitivement écartée.

Les caractéristiques principales de cette entente sont les suivantes :

*a.* Tous les dispensaires d'hygiène sociale existants ou à créer (sections de lutte antituberculeuse, antivénérienne, de protection maternelle et infantile) sont ouverts gratuitement à tous les assurés sociaux, leur fonctionnement se faisant suivant l'accord préalable entre l'Office et le Syndicat médical ;

*b.* L'Office d'hygiène sociale intervient par l'intermédiaire de ses dispensaires et de ses infirmières-visiteuses dans le contrôle des assurés envoyés dans les établissements de cure ou de prévention, en cures libres ou repos à la campagne, etc., des consultations prénatales et du service des prestations de l'assurance-maternité, des primes d'allaitement, et, d'une façon générale, des assurés malades au point de vue des conditions d'hygiène dans lesquelles ils se trouvent placés. Il apporte dans des conditions bien réglées son concours au contrôle médical exercé par le Syndicat.

*c.* En regard de ces services, les Caisses d'assurances donnent à l'Office d'hygiène sociale une somme de 2 francs par semestre et par assuré.

*d.* Un comité de collaboration est institué pour rechercher et mettre en œuvre dans le cadre départemental les meilleurs moyens de développer l'organisation de la protection de la santé des assurés et pour mener une action de propagande et d'éducation hygiénique. Ce Comité groupe des représentants mandatés de l'Union des caisses, de l'Office d'hygiène sociale de l'Association syndicale des médecins, des organisations d'assistance hospitalière et de bienfaisance, les fonctionnaires des services départementaux intéressés.

L'action de ce comité de collaboration doit être extrêmement importante ; déjà réuni chaque mois à plusieurs reprises, il a envisagé et réglé une série de points intéressants concernant en particulier les modalités du contrôle et de la surveillance de la maternité, la création de centres de diagnostic et de prévention représentant le type du centre d'hygiène polyvalent, en particulier dans les régions rurales, celle de maisons de repos et de convalescence, toutes ces organisations devant être créées par l'Office d'hygiène sociale avec la collaboration des institutions d'assurances.

Cette entente répond à toutes les nécessités d'une véritable collaboration avec active participation des représentants des institutions d'assurances au développement et à la direction de l'effort entrepris (ces institutions ont ainsi des représentants dûment mandatés au sein du Conseil d'administration de l'Office d'hygiène sociale).

Elle conduit également à une politique d'hygiène sociale dans laquelle les Assurances sociales gardent intacte leur autonomie, collaborent à l'action commune en recevant une part d'intervention et de direction correspondant à leur contribution financière et aux larges masses d'assurés qu'elles protègent, sans que pour cela leurs efforts puissent dispenser les Pouvoirs publics et collectivités de la contribution qui, normalement, leur incombe.

Ce contrat tripartite est le premier réalisé en France sous cette forme. M. Parisot fait remarquer qu'il y a erreur à conclure des contrats *univalents*, c'est-à-dire visant exclusivement ou la lutte antituberculeuse ou la lutte antivénérienne, et qu'il est logique au contraire d'envisager de façon pratique cette collaboration dans le cadre général de l'hygiène et de la médecine préventive. D'autre part, grâce au Comité de collaboration, se trouvent réunis tous les éléments qui doivent intervenir par leurs activités en faveur du développement des moyens de protection de la santé publique. Ainsi se trouve encore réalisée l'unification des efforts suivant un plan méthodiquement conçu, seule capable de conduire au succès dans des conditions pratiques et économiques.

**Le rôle des Assurances sociales dans l'organisation technique et administrative de la protection de la santé publique**, par le Dr Maillard. — Certains hygiénistes de peu d'expérience ont pensé que la loi sur les assurances sociales pouvait non seulement servir de base à l'organisation technique et administrative de la protection de la santé publique, mais suffire à elle seule à remplacer notre charte périmée de l'hygiène nationale.

Cette conception paraît un peu chimérique, de ce fait que les Pouvoirs publics ne peuvent, ni moralement, ni techniquement, se décharger de leurs pressantes obligations sanitaires sur un organisme mutualiste, quelle que soit son envergure. Bien au contraire, il semble qu'il eût été plus logique de coordonner tout d'abord nos moyens d'action prophylactique de tous ordres et de faire appliquer uniformément une discipline sanitaire scientifiquement justifiée.

C'est dans cet esprit de collaboration essentielle et non de substitution que doit être conçue notre future législation sanitaire nationale actuellement à l'étude.

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

**Remarque sur le rôle des Assurances sociales dans la lutte contre la tuberculose,** par le Dr BOULANGIER, inspecteur départemental d'hygiène. — La loi des Assurances sociales prévoit l'admission des tuberculeux dans les divers établissements de cure, aux frais des caisses.

L'examen de ce qui fonctionne à cet égard dans les départements recouvrés conduit à formuler un certain nombre de voeux à l'adresse des caisses d'assurances en matière de lutte contre la tuberculose : triage précis des malades, dépistage précoce des tuberculeux, octroi de cures sanatoriales suffisamment prolongées pour être efficaces et, d'autre part, participation à la préservation et à la prophylaxie de la tuberculose par des cures préventives, cures marines, cures solaires, colonies de vacances, écoles de plein air, et analogues ; œuvre de prophylaxie complétant le rôle d'assistance et susceptible d'alléger ultérieurement celui-ci.

**Protection du nourrisson,** par Mme E. FOULD-HALPHEN, présidente fondatrice de la « Protection du nourrisson » et de la Fondation Emile Halphen : Assurances sociales et Œuvres privées. — D'après le projet de fonctionnement du service de maternité de la Fédération mutualiste de la Seine, l'auteur constate avec regret que la mère n'est secourue que si elle amène son enfant aux consultations de nourrissons deux fois par mois, pendant neuf mois. Or, l'œuvre de la Protection du nourrisson, comme beaucoup de ses pareilles, tient à surveiller les nourrissons jusqu'à deux ans et même deux ans et demi. Le carnet de santé est donc indispensable.

Après une étude approfondie de la question, et un parallèle établi entre les divers carnets de santé existant dans des régions limitées, l'auteur en présente un qui semble réunir toutes les conditions nécessaires pour résumer sous une forme très succincte tout ce qui intéresse la santé de l'individu, dès la grossesse de sa mère, et qu'elle serait désireuse de voir adopter légalement.

**Les œuvres de l'enfance devant la loi des Assurances sociales,** par Mlle CHAPTAL. — I. Jusqu'à l'année présente, les œuvres privées ont eu la plus grande part dans la diminution de la mortalité infantile en France. Partout où leur action a été renforcée par des infirmières-visiteuses, les résultats ont été positifs.

II. La loi des Assurances sociales a pour but, au moins autant que de guérir la maladie et d'assurer la sécurité de la vieillesse, de *prévenir* la maladie ou la mort, particulièrement chez les enfants. Il est donc à la fois nécessaire et logique d'instituer une collaboration réelle et pratique entre les Assurances sociales et celles des organisations de l'enfance qui ont fait leurs preuves.

III. Quelques moyens à employer en vue d'une collaboration sincère et efficace.

**L'organisation collective des « Donneurs de santé » dans le cadre des Assurances sociales,** par le Dr G. CUVIER, directeur du laboratoire de biologie clinique, de Bordeaux. — L'auteur entend par « donneurs de santé », tous ceux qui, à un titre quelconque, donnent une portion de leur propre substance, à un de leurs semblables, dans un but thérapeutique. Il passe en revue ces catégories : donneurs de sang (pur ou pour immuno-transfusion), sérum de convalescents, lait maternel, fragments d'organes (pour greffes), produits pathologiques même (néoplasmes pour l'obtention d'extraits de tumeurs, par la méthode des Drs Cuvier et Carrère).

Il y a là un ensemble de méthodes thérapeutiques, qui exigent une large organisation sur le terrain social, pour pouvoir être pratiquées et donner les beaux résultats que l'on est en droit d'en attendre. La Mutualité, en particulier, paraît toute désignée pour servir de cadre à cette entreprise, où les sentiments altruistes disciplinés doivent être mis en œuvre, sous l'impulsion et la surveillance médicales. Notre pays, en retard sur ce terrain, se doit de mettre sans retard au point cette importante question.

**La vaccination antidiphtérique.** — Les médecins-inspecteurs d'hygiène, les directeurs des bureaux d'hygiène et, d'une façon générale, tous les médecins hygiénistes qui sont chargés de l'organisation de la vaccination antidiphtérique apprendront avec grand intérêt les résolutions prises par une commission d'experts qui a été réunie à Londres, du 17 au 20 juin 1931, par les soins du Comité d'hygiène de la Société des Nations pour étudier la question de la vaccinaition antidiphtérique.

Cette commisson était présidée par M. le professeur Madsen, président du Comité d'hygiène de la Société des Nations, et comprenait un certain nombre d'hygiénistes et de techniciens de différentes nations : pour l'Allemagne, les Drs Friedemann, Seligmann, Praunitz, Prigge, Fischer ; pour l'Angleterre, Drs Dala, Hartley, Harries, O'Brien ; pour l'Autriche, Drs Baccher, Busson ; pour le Canada, Dr Fraser ; pour le Danemark, Drs Bie, Madsen ; pour les Etats-Unis, Dr Mac Coy ; pour la France, Drs Debré, Ramon ; pour la Hollande, Dr Gorter ; pour la Hongrie, Dr Tomesick ; pour l'Italie, Drs Maggira; Pepeu ; pour le Japon, Dr Abe ; pour la Pologne, Dr Hirszfeld ; pour la Roumanie, Dr Ciuca ; pour la Tchéco-Slovaquie, Dr Schubert.

Elle a examiné les résultats provenant d'une part, d'essais comparatifs de vaccination effectués d'après le programme établi lors d'une réunion préalable (en juillet 1929 à Paris), d'autre part, de nombreux documents rassemblés au cours de ces dernières années.

Les résolutions suivantes ont été adoptées :

CONCLUSIONS DE LA CONFÉRENCE D'EXPERTS EN MATIÈRE D'IMMUNISATION CONTRE LA DIPHTÉRIE.

1. La vaccination contre la diphtérie provoque une diminution importante de la mortalité et de la morbidité parmi les vaccinés. La valeur de cette constatation résulte des comparaisons rigoureuses faites dans des conditions d'expériences bien comparables comme celles qui ont été poursuivies au cours de la récente enquête. La diminution de la mortalité et de la morbidité est considérable chez les enfants vaccinés, dans de bonnes conditions, avec des vaccins efficaces.

2. Les réactions observées parfois après l'injection de vaccins antidiphtériques ne sont pas redoutables et ne doivent pas entraver la propagande en faveur de la vaccination des enfants, y compris les tuberculeux, et ne doivent pas empêcher non plus de choisir le vaccin le plus actif.

3. D'une façon générale et se plaçant sur le terrain clinique, il semble bien que l'efficacité de la vaccination puisse s'appuyer, malgré l'existence de quelques cas exceptionnels, sur le virage de la réaction de Schick.

4. En se basant sur les chiffres concernant la morbidité

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

et sur le pourcentage des réactions de Schick devenues négatives après les immunisations et sur un certain nombre de titrages de l'antitoxine dans le sang des sujets vaccinés, on peut conclure que l'anatoxine est le plus efficace de tous les antigènes qui ont fait l'objet de notre étude comparative, à savoir : mélanges de toxine-antitoxine et anatoxine, et doit être recommandée à présent.

5. Les essais cliniques soumis à l'étude de la conférence, indiquent que, pour autant qu'on a pu le déterminer jusqu'ici, le pouvoir immunisant de l'anatoxine chez l'homme paraît être en liaison avec la teneur antigénique mesurée par la floculation. On devrait s'efforcer de trouver une base commune pour la standardisation et le contrôle de toutes espèces de vaccins prophylactiques contre la diphtérie.

6. La voie d'introduction recommandée est la *voie sous-cutanée*. La voie nasale, dans le cas d'impossibilité d'employer la voie sous-cutanée, peut être utilisée. La voie cutanée n'a pas donné, d'après notre expérience, de résultats favorables.

7. La vaccination doit comprendre trois injections. On peut espérer que dans l'avenir l'emploi d'un antigène plus actif permettra de procéder à la vaccination avec deux ou même peut-être avec une injection.

8. Les intervalles recommandés entre les injections sont de trois semaines entre la première et la deuxième injection et au moins de deux semaines entre la deuxième et la troisième.

9. Il n'est pas nécessaire de pratiquer de réaction de Schick avant la vaccination. Toutefois, il y a intérêt à procéder à la réaction de Schick avant et après la vaccination chez un certain nombre de sujets pour contrôler la valeur de la méthode de vaccination employée.

10. La vaccination contre la diphtérie est recommandable dès la période pré-scolaire, à partir de la fin de la première année.

11. Lorsque les enfants n'ont pas été vaccinés durant la période pré-scolaire, ils seront vaccinés dès la première année où ils fréquenteront l'école.

Il est recommandé aux œuvres et administrations qui recueillent des enfants (colonies de vacances, préventoriums, sanatoriums, etc.) d'exiger à la fois des enfants et du personnel un certificat de vaccination contre la diphtérie, ou un certificat déclarant que la réaction de Schick est négative.

12. La vaccination est recommandée pour les infirmières des hôpitaux, asiles, dispensaires, sanatoria, écoles, etc., ainsi que pour le personnel des hôpitaux.

13. La vaccination est recommandée même en période d'épidémie et aussi chez les enfants qui ont été en contact avec des malades, aucun document ne montrant jusqu'à présent l'existence d'une phase négative.

14. La vaccination antidiphtérique doit être l'objet d'une propagande active de la part des administrations d'hygiène des différents pays pour éclairer le public sur les avantages de cette méthode de protection de la santé publique.

**Assurances sociales et hygiène**, par le Dr DEQUIDT, inspecteur général au ministère de l'Intérieur, conseiller technique sanitaire des Assurances sociales. — Le Dr Dequidt, représentant M. Landry, apporte le témoignage que le ministre du Travail a l'intention délibérée de faire de la loi des Assurances sociales, non seulement une loi de solidarité sociale, mais une loi de santé publique.

Un *service technique* a été constitué au ministère du Travail avec la mission de chercher les meilleures solutions aux problèmes *médico-sociaux* que pose l'application de la loi.

Ce service, en liaison avec l'administration du ministère de la Santé publique, collaborera avec les services d'hygiène et les fonctionnaires chargés sur l'ensemble du territoire de la protection de la santé publique.

Il envisage notamment dans le sens déjà précisé par la circulaire ministérielle du 28 juillet dernier sur la prévention dans le cadre des Assurances sociales, la création, en plein accord avec la conférence des syndicats médicaux, de centres de diagnostic et le développement des institutions d'hygiène et sociales.

Le Dr Dequidt adresse un pressant appel aux médecins hygiénistes pour qu'ils apportent leur concours au ministre du Travail en vue de l'accomplissement de cette tâche.

« Je voudrais terminer, dit-il, par un acte de foi dans la valeur de collaboration et d'intervention des Assurances sociales pour une meilleure protection de la santé publique. »

**Role du médecin au Maroc.** — M. R. Dujarric de la Rivière, après avoir rappelé le rôle médical, diplomatique et pacificateur que les médecins ont joué depuis longtemps au Maroc, présente les clichés d'une série de photographies qu'il a prises au Maroc et qui montrent, les uns l'organisation médicale et, les autres, les richesses artistiques de ce pays.

## RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

**AGOMENSINE et SISTOMENSINE CIBA.** — substances extractives de l'ovaire, à action différenciée et antagoniste, l'une activant la fonction menstruelle et l'autre la régularisant.

INDICATIONS. — **Agomensine** : Symptômes aménorrhéiques. — **Sistomensine** : Symptômes hyperménorrhéiques.

*Laboratoires Ciba, 1, place Morand, à Lyon.*

**ANDROSTINE CIBA** (Extrait complémentaire). — Hormone hétérologue issue de la lignée spermatogénétique. Action neutralisatrice dans l'hyperovarie, les troubles de la puberté et de la ménopause. Peut se formuler en association avec l'agomensine ou la sistomensine, suivant le cas.

INDICATIONS. — Aménorrhée, troubles de la ménopause, hypersthénie génitale.

*Laboratoires Ciba, 1, place Morand, à Lyon.*

**ENDOCRISINES. — Ovaire** (Cachets, comprimés, solutions injectables). — Toutes les indications de l'opothérapie ovarienne.

**Solutions injectables de lobe postérieur d'hypophyse** dites physocrisines en ampoules de 2 centimètres cubes correspondant à un demi-lobe d'hypophyse par centimètre cube (spécialement destinées à l'usage obstétrical).

*Fournier, 7, rue Biscornet, Paris.*

**GYNOCALCION.** — Accidents de la *ménopause* et de la *puberté* chez la femme. Troubles endocri-

## RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE *(Suite)*

niens. Action sympathico-tonique du calcium et du phosphore unie au traitement opothérapique.

**Gynocalcion M** (ménopause) : quatre dragées trois fois par jour, dix à quinze jours par mois.

**Gynocalcion P** (puberté) quatre dragées trois fois par jour, huit jours avant les règles et huit jours après.

*Laboratoires Cortial*, 15, *boulevard Pasteur, Paris.*

**IODALOSE GALBRUN.** — Iode physiologique, assimilable. Artériosclérose, maladies du cœur et des vaisseaux.

DOSES MOYENNES. — XX à LX gouttes par jour.

*Galbrun*, 8 *et* 10, *rue du Petit-Musc, Paris* (*IVe*).

**SEPTICÉMINE.** — Préventif et curatif des infections *post partum* et *post abortum*.

*Préventif.* — Accouchements longs et laborieux, poche des eaux rompue prématurément, interventions obstétricales : injecter 4 centimètres cubes en cours du travail et pendant les trois premiers jours des suites de couches.

*Curatif.* — Injecter 4 à 12 centimètres cubes en une ou plusieurs fois, intraveineux ou intramusculaires suivant l'intensité de l'infection.

*Laboratoires Cortial*, 15, *boulevard Pasteur, Paris.*

**SPASMALGINE ROCHE.** — Antispasmodique, sédatif, ocytocique, comprimés, ampoules.

*Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie*, 21, *place des Vosges, Paris* (*IIIe*).

**TAMPOL ROCHE.** — Pansement gynécologique idéal.

*Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie*, 21, *place des Vosges, Paris* (*IIIe*).

## NOUVELLES

**Faculté de médecine de Paris.** — Le décret suivant vient de paraître au *Journal officiel* :

Le doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est autorisé à accepter la donation faite à cet établissement par M. Masson (Georges-Jean), agissant tant en son nom personnel qu'au nom du Comité de souscription de la fondation F.-J. Sicard, d'une somme de 328 000 francs, pour les arrérages afin d'être employés tous les deux ans en subventions destinées à favoriser et diffuser les recherches médicales, soit par travail de laboratoire, cours, publications, soit par voyages d'études, séjour dans un laboratoire ou service en France ou à l'étranger.

Ladite somme sera placée en rentes sur l'Etat français, immatriculées au nom de la Faculté de médecine de l'Université de Paris « Fondation J.-A. Sicard » avec mention de la destination des arrérages.

**Faculté de médecine de Bordeaux.** — Le décret suivant vient de paraître au *Journal officiel.* Le doyen de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux est autorisé à accepter le legs d'une somme de 40 000 francs et de la moitié de ses titres personnels que la dame Barthélemy dit Philipeaux, veuve Giraud, a fait au profit des cancéreux, représentés en l'espèce par le centre de lutte contre le cancer rattaché à la Faculté susnommée.

Les sommes d'argent provenant dudit legs seront converties, en cas de non emploi immédiat, en rentes sur l'Etat français, immatriculées, ainsi que les titres ayant même origine, au nom de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, avec indication de leur destination.

**Fondation de M. Debat.** — I. Une caisse de secours immédiat au décès est créée au siège de l'Association générale des médecins de France, en faveur des femmes et enfants de médecins momentanément dans la gêne.

II. Cette création est due à la générosité de M. Debat qui, pendant une période de dix années, versera, chaque année, une somme de 100 000 francs pour son fonctionnement.

III. Elle a pour but, au lendemain du décès d'un confrère, de mettre à la disposition de sa veuve ou de ses enfants, une somme de 3 000 à 5 000 francs (maximum) pour lui permettre de faire face aux frais qu'entraîne la mort du chef de famille. Le secours accordé ne pourra être renouvelé.

IV. La caisse est gérée par le trésorier de l'Association générale des médecins de France, sous le contrôle d'une Commission composée de Mme et M. Debat, présidents d'honneur, et de 5 membres : MM. les président, secrétaire général et trésorier de l'Association générale des médecins de France et 3 délégués de la Société de femmes et enfants de médecins.

V. Pour obtenir ce secours, la veuve du confrère ou les enfants (le tuteur s'ils sont mineurs) devront adresser une demande motivée au président de l'Association générale des médecins de France, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe).

Cette demande pourra également être adressée à l'Association générale par un président de Société ou un confrère au courant d'une situation malheureuse.

VI. Dès la réception de la demande un questionnaire, sera adressé à l'intéressé dans le plus bref délai possible.

**Vacances de Noël et du jour de l'An sur la Cote d'azur.** — Pour répondre au vœu exprimé par ses correspondants, la Société médicale du littoral méditerranéen offre, aux médecins qui ne disposent que de courtes vacances, une participation réduite à son grand voyage annuel de Noël.

Le programme entier comprend deux parties :

1° Marseille, Aix, Toulon, Hyères, Fréjus, Saint-Raphaël, Valescure, Agay, Cannes, Le Cannet, Grasse, le Golfe-Juan, Juan-les-Pins, Antibes, Nice, du 26 décembre au 4 janvier ;

2° Nice, Cimiez, la Grande Corniche, Roquebrune, le Cap Martin, Menton, Grimaldi, Bordighera, San-Remo, Monaco, Monte-Carlo, Beaulieu, le Cap Ferrat, le Mont-Boron, Nice, du 1er au 9 janvier.

Pour la première fois, cette année, des participations à quelques journées seulement seront admises, au gré de l'adhérent, sans que l'adhésion au programme entier, ou à l'une de ses parties, soit nécessaire.

La Société médicale espère que ce nouvel effort sera apprécié. Comme pour les voyages précédents, les facilités accordées s'étendront aux membres de la famille qui accompagneront le médecin, ainsi qu'aux étudiants

## NOUVELLES *(Suite)*

en médecine. En outre, des permis de parcours à demi-tarif sur les chemins de fer français et italiens à l'aller et au retour, seront mis à la disposition des adhérents qui les demanderont en temps utile.

Pour les adhésions et tous autres renseignements, écrire au Secrétariat de la Société médicale du littoral, 24, rue Verdi, à Nice.

**Thèses de la Faculté de médecine de Paris.** — 14 *Décembre.* — M. THIÉBAUT (François), L'exploration fonctionnelle du foie dans les ictères. — M. ATTAL (André), Les manifestations cutanées de la ménégococcie. — M. POUMEAU-DELILLE, Le remaniement nosologique de la dilatation des bronches par le lipiodo-diagnostic. — M. HARDY (Roger), Les indurations plastiques des corps caverneux leur traitement. — M. LEWKOWCZ, L'ummunotransfusion dans la fièvre typhoïde.

15 *Décembre.* — M. COMTE (Maurice), Les perversions sexuelles par compensation affective. — M. GOLDBERG (Chaïm), La fièvre de lait sec. — M. GERMAIN (Raymond), Etude clinique et bactériologique des pleurésies gonococciques. — M. GIBERT (Henri), Le sanatorium d'Osséja (Osséja de Cardagne). Description. Etude sanitaire. — M. SICARD, La neurotomie rétrogassérienne partielle dans le traitement de la névralgie faciale. — M. MIREBEAU, Considérations sur la pathologie du ménisque externe articulaire du genou. — M. GRUMBACH, Les pneumatocèles intracraniennes.

17 *Décembre.* — M. BIDERMANN (Max), La tuberculose d'emblée pleuro-pulmonaire. — M. DYMENT, Les pleurésies cancéreuses à éosinophiles. — M. KESTENBERG, Réactions cliniques et thérapeutiques à néphrites hypertensives compliquées d'énormes hydrothorax. — M. MATHIÈRE, Evolution spontanée des cavernes pulmonaires tuberculeuses. — M. LIÈVRE (Jacques), L'ostéose parathyroïdienne et les ostéopathies chroniques. — M. LEONARD, Etude de la polyarthrite aiguë tuberculeuse. — M. PEYNE, Les bandes patasternales droites en radiologie infantile. — M. ABRAND, Etudes sur les anémies graves provoquées par les rayons X. — M. GÉNINET, Etude des substances cholérétiques de la série grasse. — Mlle RASSEN VIGNOLI, Le bain de lumière chez les rhumatisants chroniques. — M. ROZENCWAIG, Etude du traitement antisyphilitique des anévrysmes de l'aorte. — M. BOISSIN, Etude sur 580 cas de chancres mous. — M. WOLFF, La pommade réductrice composée de Brocq dans le traitement du psoriasis. — M. PAGÈS, L'eczéma solaire. — M. THEURKAUFF, L'auto-ourothérapie.

**Thèses vétérinaires.** — 14 *Décembre.* — M. VENDRIÈS, La traite mécanique, au point de vue hygiénique, économique et prophylactique. — M. CHAHINE, Recherches sur le rôle des graisses dans le métabolisme protéique.

17 *Décembre.* — M. CHARITAT, Production ovine et dépécoration en Sologne.

### *MÉMENTO CHRONOLOGIQUE*

19 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, à 10 h. 30. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

19 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, à 9 h. 30. M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique.

19 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine, 10 h. 30. M. le professeur LEJARS : Leçon clinique.

19 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades. Clinique médicale infantile, 10 heures. M. le professeur NOBÉCOURT : Leçon clinique.

19 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital Cochin, 11 heures. M. le professeur PIERRE DELBET : Leçon clinique.

19 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique Tarnier, 10 h. 30. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

19 DÉCEMBRE. — *Paris.* Préfecture de police. Clôture du registre d'inscription des candidats au concours de l'internat des Asiles publics d'aliénés de la Seine.

19 DÉCEMBRE. — *Paris.* Assistance publique, 14 heures. Répartition de MM. les élèves internes de 2e, 3e, 4e année dans les services des hôpitaux pour 1932.

20 DÉCEMBRE — *Paris.* Assistance publique, 14 heures. Répartition de MM. les élèves internes de 1re année dans les services des hôpitaux de Paris pour 1932.

20 DÉCEMBRE. — *Paris.* Amphithéâtre des hôpitaux (rue des Saints-Pères), 10 heures, M. le Dr WEILL-HALLÉ : Les nourrissons vomisseurs.

21 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital Trousseau. Réunion de la Société de laryngologie des hôpitaux de Paris.

21 DÉCEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription pour le concours d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris.

21 DÉCEMBRE. — *Bordeaux.* Examen de médecine coloniale.

23 DÉCEMBRE. — *Paris.* Asile Sainte-Anne, 10 heures. M. le professeur CLAUDE : Leçon clinique.

23 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hospice des Enfants-Assistés, 10 h. 45. M. le professeur LEREBOULLET : Acrodynie chez le nourrisson.

23 DÉCEMBRE. — *Paris,* Clinique propédeutique (hôpital de la Charité), 10 heures. M. le professeur SERGENT : Leçon clinique.

23 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique de la tuberculose (dispensaire Léon-Bourgeois), 11 heures. M. e professeur BERNARD : Leçon clinique.

24 DÉCEMBRE. *Paris.* Clinique oto-rhino-laryngologique (hôpital Lariboisière), 10 heures. M. le professeur LEMAITRE : Leçon clinique.

24 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique thérapeutique médicale (hôpital de la Pitié), 10 h. 30. M. le professeur RATHERY : Leçon clinique.

26 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, à 10 h. 30. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

26 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, à 9 h. 30. M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique.

26 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine, 10 h. 30. M. le professeur LEJARS : Leçon clinique.

26 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades. Clinique médicale infantile, 10 heures. M. le professeur NOBÉCOURT : Leçon clinique.

26 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital Cochin, 11 heures M. le professeur PIERRE DELBET : Leçon clinique.

# NOUVELLES *(Suite)*

26 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique Tarnier, 10 h. 30. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

28 DÉCEMBRE. — *Nancy.* Concours de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Besançon.

29 DÉCEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Clôture du registre d'inscription pour le concours d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris.

31 DÉCEMBRE. — *Turin.* Académie royale de médecine. Clôture de réception des envois pour le prix Ribière (écrire à M. Boffio),

31 DÉCEMBRE. — *Paris.* Société des chirurgiens de Paris. Dernier délai d'envoi des manuscrits pour les prix de la Société des chirurgiens de Paris. (Envois à faire à M. le Dr Buizard, 3, rue La Trémoille).

4 JANVIER. — *Paris.* Préfecture de la Seine (Assistance départementale, 3e bureau, annexe Lobau, escalier A, 2e étage). Ouverture du registre d'inscription pour le concours de l'internat en médecine de l'hospice Paul-Brousse.

4 JANVIER. — *Paris.* Assistance publique, 14 h. 30. Répartition dans les services des casernes de 6e et 5e année.

5 JANVIER. — *Paris.* Assistance publique, 14 h. 30. Répartition dans les services des externes de 4e année

6 JANVIER. — *Paris.* Assistance publique, 14 h. 30. Répartition dans les services des externes de 3e année.

7 JANVIER. — *Paris.* Préfecture de la Seine. Concours des internes en pharmacie des Asiles de la Seine, de l'hôpital Henri-Rousselle et de l'hospice Paul-Brousse.

8 JANVIER. — *Paris.* Assistance publique, 14 h. 15 Répartition dans les services des externes de 2e année.

9 JANVIER. — *Nantes.* Dernier délai d'inscription pour le concours de professeur suppléant de la chaire de bactériologie, d'hygiène et de médecine expérimentale à l'École de médecine de Nantes.

11 JANVIER. — *Paris.* Assistance publique, 14 heures. Répartition dans les services des externes de 1re année.

11 JANVIER. — *Nancy.* Concours de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Besançon.

11 JANVIER. — *Paris.* Assistance publique. Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux de Paris.

14 JANVIER. — *Paris.* Société végétarienne de France (mairie du VIe), 20 h. 30. M. J. MORAND : Pourquoi végétarisme? — M. le Dr CHAVANON : Comment prévenir et comment guérir la diphtérie.

---

# CHRONIQUE DES LIVRES

***L'Obstétrique du praticien***, par A. SCHWAAB, accoucheur de l'hôpital de Rothschild (*G. Doin et Cie, éditeurs*).

L'auteur a cherché, avant tout, à donner au médecin non spécialisé toutes les indications utiles et nettes pour la décision thérapeutique qu'il doit prendre, rapidement, dans tout cas embarrassant de sa pratique obstétricale journalière.

Et supposant, volontairement, les éléments de diagnostic connus, seul est retenu, de la symptomatologie, de l'étiologie et de la pathogénie, l'indispensable pour justifier le traitement.

L'ouvrage réalise ainsi un guide précieux, vrai vademecum, permettant au praticien de remplir en toute circonstance son rôle d'accoucheur avisé.

A fin de plus de clarté et de précision, les chapitres sont classés par ordre alphabétique, ce qui facilite les recherches ; les « cas particuliers » sont multipliés afin de se rapprocher le plus possible de la pratique journalière ; le traitement enfin y a une part importante, décrit en détail, et illustré de nombreuses figures.

Fournir sur l'heure au praticien le renseignement explicite et concis à la fois, dont il peut avoir besoin pour la conduite à tenir en accouchement, tel est le but que s'est proposé l'auteur en écrivant *l'Obstétrique du praticien.* J. ROUSSET.

***Vocabulaire français-arabe***, par le commandant Khaznadar, professeur à l'École du service de santé militaire de Lyon.

Ce petit ouvrage, d'une présentation parfaite et pratique (format de poche), particulièrement conçu et étudié, vient enfin combler une lacune. Il apporte en effet une aide précieuse au corps médical appelé à exercer ses fonctions tant en pays musulman que dans la métropole, où l'élément arabe (militaires et ouvriers civils) s'accroît tous les jours.

Ce manuel de conversation est divisé en cinq parties précédées d'un autographe du maréchal Lyautey, sur le rôle considérable du médecin en matière d'expansion coloniale.

1re partie. — Consultation médico-chirurgicale. Interrogatoire médical (par appareil) et spécialités telles que : oto-rhino-laryngologie, neurologie, etc.

2e partie. — Chez le pharmacien.

3e partie. — Chez le dentiste.

4e partie. — Questions et instructions aux accidentés du travail et aux assurés sociaux.

5e partie. — Notions usuelles diverses.

Ce petit livre doit être entre les mains de tous les médecins pharmaciens et dentistes appelés à donner leurs soins aux musulmans.

***Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques***, par LOUIS VIDAL, édité par l'*Office de vulgarisation pharmaceutique*, 107, rue La Fayette, Paris (Xe).

La XIIIe édition (1932) vient de paraître. C'est le plus ancien des ouvrages de ce genre et le plus répandu, en même temps que le plus pratique, parce que très maniable et peu encombrant.

Entièrement remanié, complété par les nouveaux produits, mis à jour d'une façon parfaite, cet ouvrage de près de 1 500 pages offre aux praticiens une documentation complète sur les spécialités pharmaceutiques, leur composition, présentation, prix et mode d'emploi. C'est le pendant du formulaire magistral sur le bureau du praticien.

18 000 exemplaires ont été adressés au Corps médical français, dans le courant d'octobre. Les quelques confrères qui auraient été oubliés et qui désireraient le recevoir peuvent adresser leurs demandes à l'Office de vulgarisation pharmaceutique, celles-ci seront satisfaites jusqu'à concurrence de l'épuisement du tirage, qui est proche.

# VARIÉTÉS



## LE XXIVe VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES AUX STATIONS DU SUD-OUEST (PYRÉNÉES ET OCÉAN) *(Suite)*

Par le Dr Jean DELALANDE
Chef de clinique à la Faculté.

**Salies-de-Béarn.** — A Salies, nous avons une journée entière de repos dont nous jouissons dans un milieu plein de cordialité, au sein d'une station charmante entièrement rénovée. Nous allons à la découverte dans la vieille ville : petites rues sinueuses et capricieuses, vieilles maisons grises, patinées, très pittoresques, quelques-unes avec leur « coulidé » (bassins de pierre communiquant avec des réservoirs par lesquels les Salisiens, du temps de la gabelle, une fois par an, versaient l'eau saturée de sel à laquelle ils avaient droit). Une rivière rapide, le Saleys, traverse ce vieux quartier et baigne le pied des vieilles demeures à pilotis.

Puis nous allons voir l'usine d'extraction du sel marin. Enfin, nous visitons les nouvelles installations balnéaires, de style très moderne, les bains, la piscine, la cabine. Depuis le passage du dernier VEM (1922), Salies s'est complètement métamorphosé sous une impulsion énergique. L'ancien établissement a été remis à neuf et considérablement agrandi : tel quel, il répond aux exigences de la clientèle nombreuse et empressée qui fréquente chaque année la station. Une piscine magnifique y a été ajoutée, dont quelques-uns d'entre nous goûtèrent les joies dans un décor très élégant. Autour de l'établissement s'étendent le vaste parc du Casino et les parcs adjacents de quelques hôtels, si bien que la partie thermale de la ville apparaît comme un grand jardin où l'on peut goûter le repos et la paix.

Le Pr Sellier; qui remplace le Pr Serr comme directeur régional (car nous sommes, maintenant, dans le fief de Bordeaux), fait sa conférence au Casino, très moderne, aux couleurs gaies. Il nous dit les qualités exceptionnelles et les indications de la station :

Tout d'abord, par son climat chaud et égal, par sa température douce et stable, par sa situation bien abritée, elle a des vertus sédatives remarquables, et elle peut rendre des services aux malades pendant presque toute l'année.

Quant à ses eaux, saturées de sel (245 grammes de sel par litre), froides, elles proviennent des salines (la source la plus connue est la source Bayâa) : elles sont très fortement stimulantes, à tel point que l'on doit en modérer l'action en les diluant, et même en leur ajoutant des eaux mères, très riches en bromure, donc très sédatives. Ces eaux s'emploient surtout en bains et en irrigations locales. Mais il s'agit là d'un traitement très actif, nécessitant une grande prudence : les médecins de la station savent établir, avec doigté, la graduation d'eaux plus ou moins diluées, avec de l'eau pure ou des eaux mères, ce qui permet les effets progressifs et évite les réactions trop fortes et les accidents de cure.

Salies est, avant tout, une station d'enfants

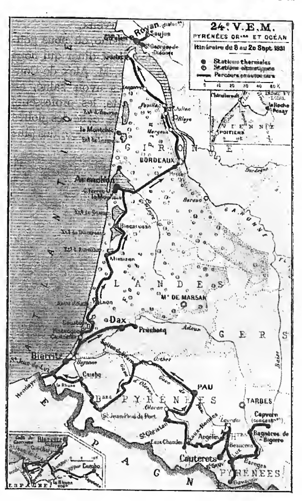



Fig. 1.

les dystrophiques de la première enfance, les malingres, les convalescents, les scrofuleux, les rachitiques y trouveront les avantages d'une eau de mer très concentrée, sans les inconvénients de l'air marin. De même, les tuberculeux locaux, non contagieux (ganglionnaires et osseux), sans lésions pulmonaires, y feront des cures très utiles, à condition que le traitement n'y soit pas brutal.

Pendant la guerre, de nombreux blessés guérirent à Salies leurs plaies atones ou fistulisées.

Salies est aussi une station de femmes. L'eau de la source de Bayâa, résolutive et décongestion-



26 Décembre 1931. — N° 52. — 1 *

## VARIÉTÉS *(Suite)*

nante, exerce une action merveilleuse et « élective » sur l'appareil génital féminin. Les aménorrhées, les dysménorrhées, les métrites, les paramétrites, ptoses et déviations utérines y sont considérablement améliorées. Il faut signaler l'action manifeste des eaux de Salies sur les hémorragies des fibromes qu'elles calment et font disparaître en même temps qu'elles agissent directement sur le volume de la tumeur elle-même par leur action décongestionnante remarquable. Enfin Salies convient aux déprimés nerveux.

Le soir nous retrouve au Casino, où nous goûtons la bonne chère de l'excellent dîner qui nous est offert. A l'heure des toasts, M. Alex de Coulomme, maire de Salies, après avoir salué, en termes particulièrement délicats, les professeurs Carnot et Villaret, fait une rapide revue des gloires salisiennes, évoquant en particulier l'une des plus



Vieilles maisons à Salies-de-Béarn (fig. 2).

récentes, le professeur agrégé Foix, neurologue et poète, qui était le fils d'un médecin réputé de la station et dont le souvenir reste vivant dans toutes les mémoires. Le Pr Carnot parle à son tour, se réjouissant de voir la rénovation de Salies répondant aux desiderata et aux vœux qu'il avait exprimés lors du dernier passage du VEM en 1922.

Le lundi matin, par un très beau temps, nous quittons Salies-de-Béarn et parcourons un pays délicieux en Béarn. A Sauveterre, si pittoresque ville ancienne, bâtie sur un escarpement dominant le gave d'Oloron, nous descendons dans la vallée jusqu'au vieux pont dont il ne reste qu'une arche que flanque, au milieu du gave, une vieille tour brodée de lierre. De ce pont, la vue est très belle sur la ville : le clocher de l'église, des restes de remparts, une tour fortifiée, de blanches maisons dominent superbement les eaux vives du gave au milieu d'un fouillis de verdure.

Puis nous pénétrons dans le Pays basque jusqu'à Saint-Jean-Pied-de-Port, ancienne place de guerre, venue à la France en 1659, sa citadelle défendant la route de Roncevaux ; la ville, bâtie sur les deux rives de la Nive, est enfermée dans de vieux remparts ; ses rues en pente, fort pittoresques, montent à la citadelle, d'où le panorama s'étend sur la vallée de la Nive que nous allons descendre jusqu'à Cambo.

**Cambo.** — C'est encore un très beau trajet que nous parcourons à bonne allure sur les rives de la Nive et par un temps splendide. Un peu avant Cambo, nous nous arrêtons au sanatorium populaire Mariena, bien installé et réservé aux femmes.

Cambo est une station climatique de premier ordre, dont le développement doit beaucoup au Pr Grancher, puis à Edmond Rostand qu'il y avait attiré et qui y ont soigné longtemps, l'un et l'autre, leurs lésions pulmonaires. Nous nous fractionnons en groupes séparés pour visiter simultanément quelques sanatoria : les malades y trouvent le calme complet, une atmosphère reposante, une température égale, une grande luminosité, un air légèrement humide, toutes conditions parfaites pour une bonne cure ; le sanatorium Beaulieu (Dr Dieudonné), le sanatorium des Terrasses (Dr Colbert) le sanatorium Grancher (Dr Camino). Il existe en outre une série de maisons organisées et d'hôtels qui reçoivent les malades.

La grande indication de Cambo, c'est la poussée évolutive de tuberculose pulmonaire, qu'il s'agisse de formes anciennes ou récentes, de lobites aiguës ou de bilatéralisations au cours du pneumothorax artificiel.

La cure thermale (eaux ferrugineuses et sulfurées) est peu importante et l'établissement est actuellement fermé.

Nous devons rapidement partir pour arriver à temps au funiculaire de la Rhune. Nos cars nous mènent à grand train à travers le délicieux pays basque, à Espelette, Aïnhoa, et à Sare (le village de Ramontcho !) où c'est grande fête : devant le fronton de pelote basque s'affrontent des équipes de valeur et tout le village est en joie.

Tout ce trajet en pays basque nous a enchantés. Par ce temps clair et sous ce gai soleil, les maisons au grand toit inégal, toutes blanchies à la chaux, pimpantes, sont lumineuses avec leurs volets et leurs poutres de couleurs violentes, rouges ou vertes ; et le paysage est de coloris violent comme un décor de théâtre... D'aucuns disent, cependant, que les pluies y sont fréquentes, comme dans tout le pays basque...

**La Rhune.** — Le funiculaire part aussitôt notre arrivée : au fur et à mesure de la montée, le pano-

## VARIÉTÉS *(Suite)*

rama s'élargit et s'étend de plus en plus loin vers la plaine, l'océan, la montagne aux pics innombrables, l'Espagne proche. Du sommet, la vue est grandiose. Au nord, tout près de nous, c'est la basse vallée de la Nivelle qui serpente dans de vertes prairies, jusqu'à Saint-Jean-de-Luz et à la mer ; puis c'est toute la côte basque que l'on suit d'Hendaye jusqu'à Biarritz dont on distingue très bien le phare ; au delà, c'est la ligne blonde de la côte landaise qui peu à peu s'estompe et se fond avec l'océan. Au nord-est, c'est toute la plaine ondulée du pays basque que nous venons de parcourir, les carrés verts des cultures, les taches blanches des maisons, les lignes sinueuses des routes. A l'est, c'est le chaos des Pyrénées occidentales. Au sud, c'est le pays basque espagnol et la vallée de la Bidassoa.

portent en courant un machiavélique taureau duquel pétaradent une série de fusées dans tous les sens, éclaboussant d'étincelles brillantes la foule qui se presse et qui rit. Cris, bousculades, joie, auxquels participent les plus graves d'entre nous !

Le lendemain, Saint-Jean-de-Luz est ensoleillé magnifiquement sous un ciel bleu, et rien ne peut exprimer la douceur de cette belle matinée et la quiétude heureuse qu'elle inspire.

Nous arpentons le « seuil de garantie », digue-promenade qui s'étend tout au long de la plage : l'eau est d'un bleu intense et, sur son fond, se détachent les voiles blanches de petites barques de plaisance : au ciel, un avion plane sur elles, comme un oiseau de proie ! Au fond de la baie, un navire de guerre dessine sa silhouette angu-



(Cliché Dr David.)

La conférence du Pr Carnot sur la terrasse du casino de Saint-Jean-de-Luz (fig. 3).

**Saint-Jean-de-Luz.** — Après une demi-heure de vol plané dans ces sphères supra-terrestres, nous retrouvons nos cars fidèles qui par Ascain, où l'on voit la maison de Loti, nous mènent rapidement à Saint-Jean-de-Luz, par la basse vallée de la Nivelle. Nous débarquons devant le si moderne casino de la Pergola, où le maire de Saint-Jean-de-Luz nous souhaite la bienvenue de charmante façon. Le casino est élégant, très animé, admirablement ensoleillé et domine la baie de Saint-Jean-de-Luz puis, par delà la pointe de Socoa, l'océan tumultueux.

Le soir, fête populaire, très gaie, très vivante, fandango et arin-arin.

Quel entrain spontané et quelle souplesse agile chez tous ces jeunes courlis qui, se faisant face et sans enlacements, se laissent entraîner par les rythmes ancestraux à des jeux élégants de jambes et de bras. Bientôt un spectacle inédit s'offre à nos yeux : celui du « toro de fégo » : au milieu de la place grouillante, quelques gars solides trans-

leuse, rappel à la rudesse du temps dans ce paradis de lumière et de couleur.

Nous parcourons les rues pittoresques de la vieille ville : nous voyons des maisons anciennes de Ciboure, à pans de bois ou en pierre de taille. Sur la place Louis XIV s'élève, flanquée de deux tourelles, la maison où logea le grand roi, la veille de son mariage, tandis que la maison de l'infante est en face ; l'église Saint-Jean, où fut célébré le mariage, est de style espagnol ; elle est extrêmement curieuse avec sa nef unique, ses tribunes en bois et son clinquant d'or.

Puis, en plein soleil, sur la terrasse de la Pergola, face à la mer, avec tout le relief des côtes étalé comme en une carte de géographie, nous entendons le Pr Carnot nous parler des stations basques, le bras tendu vers le lointain pour nous en montrer les caractères orographiques, donc climatiques.

Toutes les stations du littoral basque ont les vertus stimulantes du climat marin et subissent,

en outre, l'influence de la montagne proche; océan rude à vent d'ouest soufflant souvent avec furie ; vagues fortes ; embruns entraînés vers les terres ; en même temps insolation considérable ; enfin montagne proche avec l'air des cimes et des neiges.

Cependant chaque station a ses caractéristiques :

A Biarritz, l'océan est violent ; le climat, très stimulant, est rude et ne convient qu'aux bien portants ou, du moins, aux sujets fatigués ou déprimés, qui peuvent réagir, à condition qu'ils ne soient ni trop nerveux, ni trop excitables. A Biarritz, il y a trois plages : la Côte des Basques, exposée à l'ouest, aux vents du large et aux fortes lames, est extrêmement stimulante; au contraire, la plage de Port-Vieux, bien abritée, entre deux promontoires, est bien moins brutale dans son action, et elle convient aux femmes, aux enfants; la Grande Plage, la plus belle et la plus vaste, a les mêmes caractères généraux de stimulation forte et de vagues en douche que la Côte des Basques.

Saint-Jean-de-Luz est au fond d'une baie, abritée par deux promontoires qui l'encerclent ; la mer y est moins forte, la plage mieux défendue : les enfants peuvent jouer sans danger sur la plage, L'effet stimulant y est moins intense ; certains fatigués, certains nerveux, même certains cardiaques y trouvent un séjour apaisant, bien que tonique.

Quant à Hendaye, dont la plage est ouverte au nord, abritée des vents d'ouest par le paravent du cap du Figuier, protégée par les montagnes proches, c'est une station stimulante qui convient aux rachitiques, aux ganglionnaires, aux osseux, mais non aux pulmonaires.

Puis le Dr Blazy insiste sur les qualités de Saint-Jean-de-Luz ; sur l'égalité et la douceur de la température ; sur l'immense plage de sable fin où nous voyons, en pleine activité, maintes écoles de culture physique, où les enfants restent toute la journée au soleil, à l'air marin, en sécurité et où ils se robustifient rapidement.

**Hendaye.** — Les cars nous reprennent après les conférences et, après avoir traversé Saint-Jean-de-Luz, Ciboure, Socoa et parcouru la magnifique route en corniche de Socoa à Hendaye, nous arrêtent devant le sanatorium de l'Assistance publique de Paris que nous visitons sous la conduite du Dr Morancé : nous admirons la bonne mine et le teint bistré de tous ces petits Parisiens, venus malingres et souffreteux et qui repartent robustes et vigoureux.

Quelques-uns d'entre nous se rendent, en suivant la plage, au « Nid marin », œuvre d'assistance de l'Union des Femmes de France de Pau (250 lits) ; nous en apprécions l'excellente organisation et la belle installation : c'est une œuvre qui a déjà rendu de grands services.

Après le déjeuner, certains des nôtres traversent la Bidassoa pour visiter Fontarabie, sur la rive espagnole ; ils parcourent les rues très espagnoles de cette curieuse petite ville, visitent son église et son trésor et rejoignent directement Biarritz.

Pendant ce temps, le gros de la troupe, fidèle au programme du voyage, fit plusieurs escales entre Hendaye et Biarritz : à Guéthary, sur une côte magnifique ; à Bidart, en pleine extension.

A Arbonne, ils tinrent à honneur de figurer à l'inauguration des nouveaux bâtiments du préventorium organisé par Mlle Javal, avec le concours du ministère de l'Hygiène, que le VEM avait déjà visité en 1922. Grande affluence, autos luxueuses, toilettes élégantes, grands personnages, plusieurs ministres, le tout-Biarritz, etc. Nous y reconnaissons M. Léon Bérard, M. Ybarnégaray, M. Milliès-Lacroix, etc. Discours... Gymnastique rythmique des pupilles de la Nation... Danses basques. L'établissement est aménagé dans un vaste domaine comportant des terrains de culture, une ferme, des prés et des bois, un terrain de jeux : de nombreuses fillettes et jeunes filles anémiées ou débiles y recouvrent la santé, en même temps qu'on s'occupe de leur éducation et de leur instruction (écoles en plein air, cours d'art ménager).

**Biarritz.** — A Biarritz, après les routes de montagne et la pleine nature, nous voici subitement revenus dans une grande ville avec taxis, tramways, sens uniques, carrefours gardés, agents de police à bâtons blancs..., toute une civilisation dont nous n'avions déjà plus l'habitude ; des hôtels colossaux, des boutiques de luxe, de grands magasins, deux casinos très importants, bref la civilisation la plus extrême..., mais sur la côte basque, dans un des pays les plus beaux du monde !

Aux Thermes salins, le Pr Sellier nous dit les caractères essentiels des eaux chlorurées sodiques, presque à saturation, comme à Salies, amenées de Briscous (à 22 kilomètres de Biarritz). Ces eaux sont administrées en bains locaux ou généraux dont on doit graduer avec prudence la dilution en y ajoutant, suivant les cas, de l'eau pure ou des eaux-mères. Ces bains sont toniques et complètent l'action tonique du climat, du soleil et de la mer.

On conçoit ainsi que Biarritz offre des ressources crénothérapiques variées, puisqu'aux effets du

climat marin, des bains de soleil et des bains de mer, s'ajoutent ceux des bains hypersalés.

Bref, les eaux salines de Briscous sont en harmonie avec le caractère vigoureusement tonique de la station.

Il fait encore un temps magnifique quand nous nous réveillons le lendemain matin. Le soleil est même très chaud quand nous nous engageons sur la route du littoral, vers la Chambre d'amour, la piscine, le golf. Nous traversons les bois de pins qui se lotissent en villas. Nous atteignons ainsi l'embouchure de l'Adour que nous remontons jusqu'à Bayonne.

**Labenne-Océan.** — A Labenne-Océan, nous allons visiter une station à peine née, créée sous un patronage médical qui voudrait y réaliser un véritable Berck landais. A Clairbois, pavillon « sylvio-marin » tout neuf, luxueux, destiné à recevoir des enfants de quatre à douze ans, débiles, pour une cure de soleil, de mer et de pins.

Nous visitons l'institut hélio-marin, admirablement conçu, comportant un aménagement chirurgical et physiothérapique excellent et une installation générale répondant aux règles de la plus moderne hygiène. Y sont traités les mêmes malades que dans les établissements similaires de Berck, les tuberculoses osseuses et ganglionnaires, mais le climat y est moins dur et plus insolé !

**Cap-Breton,** où nous nous arrêtons ensuite, était autrefois un simple village. On y a créé un sanatorium pour osseux et ganglionnaires. Une station balnéaire vient de s'y ajouter sur la rive sud de l'embouchure de la Motte. La mer y est très rude, les tempêtes fréquentes ; l'insolation est, d'autre part, violente.

De l'autre côté de la rivière **Hossegor** s'est créé magnifiquement en quelques années et c'est, actuellement, une des stations les plus séduisantes. Le lac d'Hossegor communique avec la mer et se vide à marée basse ; mais il serait facile d'éviter cet inconvénient par une écluse à la sortie.

Autour du lac et jusqu'à l'océan, la forêt de pins est partout respectée, les lotissements doivent conserver les arbres ; les murs sont remplacés par des haies vives ; toutes les villas doivent être de style basque ou landais.

Hossegor est aménagé remarquablement pour la culture physique. C'est le type le plus parfait d'un équipement moderne pour le développement intégral de l'individu et, à ce titre, il plaît infiniment à notre caravane de médecins.

Nous visitons le golf, aménagé dans un site délicieux : tout y est d'un luxe raffiné, sans fausse note. Au Sporting, où nous devons déjeuner, nous admirons aussi le bon goût et le modernisme élégant qui a présidé à l'édification et à l'organisation de ce magnifique centre des jeux et des sports : tennis, fronton de pelote basque, piscine d'eau salée, bains d'eau de mer chauds, port pour la flottille des canots. A l'intérieur, tout y est élégant, de bon ton, gai et accueillant, aussi bien le théâtre que la salle de danse, le bar ou le restaurant. Le repas qui nous est servi est tout simplement parfait. Et c'est dans un état d'euphorie complète que nous quittons la salle à manger après les toasts et après le discours, particulièrement spirituel et « plein de sel », du Pr Villaret.



*(Cliché Dr David.)*

Préchacq. — Cultures de boues végétales (fig. 9).

**Préchacq.** — Sur le bord de l'Adour, c'est une petite station, bien intéressante en raison de l'esprit scientifique qui a présidé à son développement. Dès notre arrivée, nous nous dirigeons vers les bassins de formation des boues et, sur place, le professeur agrégé Delmas-Marsalet (de Bordeaux) nous expose, d'une façon particulièrement claire, la formation des boues végéto-minérales de Préchacq, cousines germaines de celles de Dax.

# VARIÉTÉS *(Suite)*

Dans le parc thermal sourdent de nombreuses sources sulfatées calciques, hyperthermales ; les eaux sont dirigées vers des bassins en plein air où elles se refroidissent et d'où elles s'échappent par un ruisseau. C'est dans ces eaux chaudes, de 50 à 60°, que se développent les algues qui, par leur décomposition, constitueront les fameuses boues. A la surface, elles forment de grands placards d'un vert tendre, puis retombent au fond du bassin, se décomposent en formant une matière onctueuse au toucher, brunâtre, qui n'est autre que la boue thérapeutique. Ces boues sont cultivées à la température optima, de la même façon qu'on fait une culture bactériologique.

Nous visitons ensuite l'établissement thermal qui fait corps avec l'hôtel. On y trouve des salles de douches, des piscines pour bains de boue, des salles d'applications locales de boue, etc. Les boues sont, en effet, employées en bains complets



Fontaine de la Néhé à Dax (fig. 10).

chez les sujets résistants, mais seulement en bains locaux chez les déprimés ou les douloureux. Une cure de boisson peut être ordonnée à titre complémentaire.

Les indications de Préchacq sont les mêmes que celles de Dax que nous allons voir.

**Dax.** — Depuis quelques années, Dax a été transformé : un coup de baguette magique, aidé de forts capitaux, a unifié la direction des établissements et construit des hôtels et des thermes réunis, d'un luxe extrême, qu'on s'étonne un peu de voir se dresser sur le bord de l'Adour, où l'on vient de si loin se plonger dans une boue noire chère aux rhumatisants, mais vraiment peu appétissante.

De même, on a construit un délicieux Atrium-Casino où M. Milliès-Lacroix, maire de Dax, nous souhaite la bienvenue en termes chaleureux : un film déroule ensuite tous les détails du traitement par les boues.

Le lendemain, par un temps toujours serein, nous visitons l'installation simple, mais propre et confortable des Baignots, celle très luxueuse du Splendid ; les applications de boue s'y font dans le sous-sol, où des ascenseurs amènent les malades, et les bains chlorurés sont donnés à l'étage même, avec un minimum de fatigue et de dérangement. La fontaine d'eau chaude « la Néhé », sur la place publique, est utilisée par la population pour les besoins domestiques ; elle débite plus de 2 millions de litres par vingt-quatre heures, d'une eau sulfatée calcique à 64° : celle-ci remplit un grand bassin rectangulaire, entouré d'un portique constamment embué de vapeurs. Mais tout le sous-sol est rempli d'eau chaude, que le moindre forage amène en surface.

Le Pr Villaret fait au Casino une très belle conférence sur la genèse et l'action thérapeutique des boues et sur les indications générales de Dax.

Au point de vue climatique, Dax est une ville de plaine, voisine de la forêt landaise, et elle possède une action sédative précieuse.

Au point de vue hydro-minéral, Dax possède trois agents thérapeutiques différents :

Des eaux hyperthermales sulfatées calciques et radio-actives d'une abondance extraordinaire ;

Des eaux salées presque saturées ;

Des boues végéto-minérales très particulières, qui font la caractéristique essentielle de la station et qui y créent une véritable spécialisation. Ces boues ont la même genèse et la même constitution que celles de Préchacq et s'emploient en bains généraux ou en applications locales suivant la résistance du sujet.

Les indications de la cure de Dax découlent de cette richesse en éléments thérapeutiques.

Avant tout, elle est la capitale du rhumatisme chronique, quel qu'en soit l'aspect : les arthrites chroniques à tendance ankylosante, mono et même polyarticulaires, les spondylites, la spondylose rhizomélique y sont largement améliorées, de même que certaines algies chroniques, sciatiques, lombaires, intercostales.

Par ailleurs, les eaux chlorurées sodiques fortes ou les eaux-mères sont indiquées chez les enfants malingres, scrofuleux, lymphatiques, rachitiques et conviennent également aux femmes présentant des lésions pelviennes.

On voit combien intéressante et utile est la station de Dax, ouverte toute l'année et qui rend tant de services à une catégorie de malades nombreuse, les rhumatisants chroniques, avides toujours de soulagement : à Dax, ils trouveront maintenant, suivant leurs ressources, une série d'établissements, du plus luxueux au plus modeste.

qui faciliteront beaucoup leur cure et contribueront, par là même, à l'essor de la station.

Le lendemain, nous devons parcourir toute la forêt landaise, jusqu'à Arcachon. Pendant toute la journée le paysage ne se modifiera pas. A l'infini, ce ne sont que des pins dont les troncs brun rose sont entaillés et laissent perler la résine dans de petits godets fixés sur l'écorce même. Le sous-bois, taches de soleil et d'ombre, n'est qu'un immense tapis de bruyères d'un rose très doux, de genêts, d'arbouses aux fruits rouges. Çà et là, quelques maisons landaises perdues dans la forêt. De loin en loin, un étang aux eaux grises et mortes. Tout ce pays, qui dégage une impression de solitude et de mélancolie, n'en a pas moins un charme très spécial, et l'on comprend en le traversant les vertus sédatives de la cure sylvestre.

Après l'étang de Soustons, celui de Léon, vaste mer intérieure bordée sur tout son pourtour par la ligne sombre des pins. C'est là qu'on s'embarque pour faire la belle promenade du courant d'Huchet qui relie l'étang à l'océan. Léon est célèbre par sa cuisine, et nous vérifions la justesse de cette renommée.

De là, par une randonnée un peu longue et monotone, nous passons à Mimizan, à Parentis-en-Born et à l'immense étang de Biscarosse. Une heure après, nous arrivons à Arcachon.

**Arcachon.** — Nous gagnons directement le Moulleau, belle station balnéaire très fréquentée. Nous visitons là le premier sanatorium marin, créé par le Dr Armaingaud, et qui a été donné par lui à la ville d'Arcachon. C'est dans les dunes, au milieu des pins, à 300 mètres de la plage de sable fin où les enfants vivent au soleil ; il est ouvert aux petits tuberculeux de toute la France : ganglionnaires, osseux ou articulaires, rachitiques, débiles constitutionnels.

Tout près de là, nous nous arrêtons à la source des Abatilles, source d'eau limpide, faiblement minéralisée, jaillie par hasard à 425 mètres au cours de sondages pratiqués en 1923 pour la recherche de pétrole. L'eau des Abatilles est une eau pure de régime, s'adressant aux arthritiques, aux rénaux, aux hypertendus.

Arcachon, que nous visitons sous l'aimable conduite de nos confrères de la station, a, elle aussi, une municipalité atteinte de « psychose antibacillaire » : comme Pau, comme Menton, Nice et Cannes, elle craint que les tuberculeux n'éloignent les bien portants ; elle a peur, notamment, que les enfants, si nombreux, qui viennent se robustifier le long de son bassin, n'y soient exposés à la contagion. Elle fait donc son possible pour détourner d'Arcachon les malades...

Remarquons cependant, comme le disait le Pr Carnot à sa conférence, que nulle station n'est dans d'aussi bonnes conditions pour se défendre : car elle comprend deux villes entièrement distinctes et qui ne se pénètrent pas.

La *ville d'hiver* est éloignée du bassin : elle comprend, dans les dunes et dans les pins, une série de chalets, d'hôtels aménagés pour les cures, de sanatoriums comme celui du Dr Monod. Les tuberculeux y profitent de l'abri des dunes et des pins, loin de la mer qui leur est nocive : ils ne contaminent donc pas la plage.

La *ville d'été*, au contraire, est en bordure du bassin : c'est la ville des bien portants, des sportifs, celle des enfants à robustifier ; on y trouve aussi des osseux et des ganglionnaires, par exemple à la clinique hélio-marine du Dr Lalesque fils, que nous avons visitée ; mais il n'y a pas de contagieux, pour la bonne raison que leur intérêt évident est de s'éloigner de la mer.

Peu de stations sont arrivées ainsi, par la seule logique des conditions climatiques, à parquer leurs tuberculeux loin des bien portants : puissions-nous, à Paris et dans les grandes villes, avoir un quartier réservé ainsi à nos bacillaires ! Au surplus, la police sanitaire organisée à Arcachon il y a quelques années par le Dr Llaguet et qui avait beaucoup impressionné le VEM de 1922, était remarquable : les hôtels destinés aux bacillaires devaient les déclarer, les désinfections y étaient rigoureusement exigées et surveillées. Enfin des sanatoria se sont institués, où la surveillance et l'isolement sont faciles et les risques de contagion réduits à zéro.

Bref, la ville d'hiver représente une station de bacillaires qui, surveillée et bien tenue, donne toutes garanties de non-contagion pour les bien portants de la ville d'été.

Mais on sait combien ce problème d'urbanisme est délicat et combien de facteurs psychologiques s'y surajoutent ! Peut-être donc y aurait-il intérêt à constituer, un peu plus loin encore, dans les dunes de la forêt landaise (et la place n'y manque pas !) une véritable cité de tuberculeux où ils trouveraient, réunis, dans une station de cure confortable, les avantages climatiques indéniables que, depuis si longtemps, ils viennent chercher à Arcachon.

Le lendemain matin, nous faisons une promenade en bateau, où nous nous rendons bien compte des qualités climatiques propres du bassin qu'avait détaillées le Pr Carnot : climat marin tempéré, parce que le bassin est presque fermé et n'a pas les inconvénients de l'océan agité du golfe de Gascogne ; climat sec, à cause de la

## VARIÉTÉS *(Suite)*

perméabilité du sable des dunes ; climat abrité, à cause des séries parallèles de dunes plantées de pins ; climat sylvestre aux senteurs balsamiques ; climat insolé remarquablement ; bref, la cure d'Arcachon est *hélio-sylvio-marine* et convient, avant tout, aux enfants délicats à robustifier la cure préventive d'Arcachon, du Moulleau, d'Arès, donnant de magnifiques résultats.

Avant de quitter Arcachon, nous allons visiter, au delà du Moulleau, la magnifique station, très luxueuse, que l'on crée au Pyla, au bord de l'Océan, où surgissent de splendides villas, entourées de beaux parcs.

**Bordeaux.** — Puis nous prenons la route de Bordeaux où nous devons visiter la Faculté. Avec le Pr Sellier, le doyen Sigalas nous y accueille de charmante façon et nous fait les honneurs de sa belle Ecole, toute neuve, dont il a le droit d'être fier. Mais, pendant les vacances, une Faculté est en sommeil et c'est seulement pour lui rendre hommage, au cours de la visite de sa région universitaire, que nous avons tenu à nous y arrêter.

Peu après, nous étions réunis à la Chambre de commerce, dont le président (un cousin du Pr Jean-Louis Faure) nous fit parcourir les superbes salons.

La soirée se termina par la visite de la ville, pendant que notre joyeux groupe d'internes était cordialement fêté dans les salles de garde bordelaises.

**Le Médoc.** — Le lendemain est la journée des vignobles, organisée par le Pr Sellier. Dès la sortie de Bordeaux, nous sommes au milieu de vignes célèbres, avec, çà et là, des « châteaux » connus du monde entier : nous visitons ainsi Château-Margaux, Château-Latour, Château-Laffitte... Les vendanges commencent et les grappes arrivent par tombereaux dans les cuves.

A Pauillac, après ses pérégrinations aux eaux minérales, le XXIVe VEM devait connaître d'autres sources naturelles, riches en matières organiques, où le soleil opère des synthèses par lesquelles se continue son action...

Depuis bien longtemps, les médecins ont coutume d'utiliser, en thérapeutique, les précieuses qualités toniques du vin de Bordeaux, qui vaut bien les ergostérines irradiées, et par lequel ils prescrivent aux déprimés de l'héliothérapie en bouteille...

Au surplus, il s'agit là d'une des richesses incontestées de la France, que nous étions fiers de montrer à nos amis étrangers....

Néanmoins, nous fûmes impressionnés fortement (et un peu inquiets peut-être), en voyant alignés en bataille, les rouges régiments de bouteilles qui nous attendaient : car, au cours du banquet donné en notre honneur, nous devions déguster *vingt* crus du Médoc, des crus bourgeois aux crus les plus illustres ! Comment allions-nous nous comporter et notre réputation n'allait-elle pas courir de grands risques ? Mais, dès le début du repas, nous fut donnée, de fort spirituelle façon, par le président du banquet, une leçon précieuse de dégustation : et chacun de faire tourner le vin dans un grand verre et de humer ; puis de recommencer et de sentir les parfums éthérés qui se dégagent ; enfin de garder dans la bouche, à plusieurs reprises, quelques gouttes pour en analyser les qualités ! Avec ces précautions, on boit sagement, et en connaisseur ; on a des jouissances olfactives et gustatives délicieuses, que ne connaîtront jamais les buveurs de cocktails ! On savoure son plaisir à petits coups et par petites gorgées... Au surplus, comme au concert, les plus gros personnages devaient passer à la fin, en sorte que chacun se réservait pour les attendre...

Bref, la dégustation fut si bien ordonnée et si sage, que chacun goûta de tous les crus et que, pourtant, à la fin du banquet, notre tenue était parfaite et nous faisait le plus grand honneur. Ce que c'est pourtant, que d'avoir appris à déguster la saveur des eaux minérales, qui doivent se boire, comme chacun sait, à petits coups et sans excès.

Ce résultat est, d'autre part, tout à l'honneur du Médoc, ce vin parfumé et spirituel, qui n'abrutit pas...,

Pareil résultat montre bien, comme l'exprima fort heureusement le Pr Sellier dans sa dernière conférence, que le vin de qualité et de prix est le meilleur antidote de l'alcool ; car on le déguste en gourmands et non pas en goinfres,

Repartis pour Soulac, puis pour la pointe de Grave, nous traversons en bateau le bras de mer qui nous sépare de Royan.

**Royan.** — A Royan, nous sommes reçus chaleureusement et nous allons coucher à Pontaillac, dont la conque est contiguë. Dans une dernière conférence, le Pr Villaret nous indique les qualités climatiques remarquables de la côte charentaise : air marin, un peu atténué par les eaux douces de la Gironde ; régularité thermique ; luminosité ; climat tempéré, même l'hiver. Ainsi s'explique la vogue grandissante de Royan et de ses satellites Pontaillac, Saint-Palais, Saint-Georges-de-Didonne, qui auraient avantage à être fréquentés toute l'année par les enfants à revigoriser : un très bon

## VARIÉTÉS *(Suite)*

lycée, à Royan, permet leur instruction dans des conditions climatiques remarquables.

**Saujon.** — Nous finissons enfin notre grande tournée à Saujon, à 10 kilomètres de Royan où nous étions priés à déjeuner à l'établissement du Dr Robert Dubois. Cet établissement, très bien agencé, reçoit les nerveux, inquiets, petits anxieux, surmenés, qui bénéficient du climat sédatif de Saujon, à brise marine tamisée, du cadre délicieusement reposant d'un grand parc, d'une eau diurétique (Puits doux) et de pratiques hydrothérapiques très perfectionnées.

A la fin du déjeuner (le dernier!), chacun se congratula des agréments et des leçons du beau voyage. Ce furent des remerciements chaleureux aux directeurs, aux commissaires, aux confrères et aux sociétés que nous reçurent si cordialement.

Mais ce fut aussi un sentiment de mélancolie lorsque le Pr Carnot nous annonça que, devant la multiplication, gênante pour les stations, de voyages de tous ordres, imitant les VEM sans en avoir toujours le désintéressement, les directeurs craignaient d'être obligés, pour la réputation même des vrais VEM, de les faire entrer en sommeil.

Espérons, cependant, que leur incontestable utilité, pour la renommée de nos Stations, incitera les Fédérations thermales à sauvegarder l'esprit et le caractère qu'imprimèrent aux voyages médicaux Landouzy, Carnot et Villaret et qui leur ont fait rendre tant de services à la propagande française !

## LA MÉDECINE AU PALAIS

### LES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES ET LES CONTRIBUTIONS INDIRECTES

La loi du Budget du 30 décembre 1916 a décidé, dans son article 16 : « qu'à partir d'une date que fixera un décret contresigné par le ministre des Finances, un impôt sera établi sur les spécialités pharmaceutiques présentées comme jouissant de propriétés préventives ou curatives ».

Les spécialités pharmaceutiques visées dans la loi sont définies de la façon suivante : « Sont considérés comme spécialités, les produits auxquels le fabricant ou le vendeur attachent une dénomination particulière, ou dont ils réclament soit la

*NOUVEAU TRAITÉ DE MÉDECINE ET DE THÉRAPEUTIQUE*
**P. CARNOT et P. LEREBOULLET**
**Fascicule XXVI**

# MALADIES DU SANG

**Par MM. les Docteurs**

**BÉNARD, Mlle TISSIER, RIVET, HUTINEL, LECHELLE, AUBERTIN, FIESSINGER et TZANK**

1931, 1 vol. grand in-8 de 500 pages avec figures. Broché, **150** fr. Cartonné.......... **164** fr.

# HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

PAR

**Louis MARTIN**
Sous-Directeur de l'Institut Pasteur.
Membre de l'Académie de médecine.

**R. DUJARRIC de la RIVIÈRE**
Chef de Laboratoire à l'Institut Pasteur.
Auditeur au Conseil supérieur d'hygiène.

Deuxième Édition entièrement refondue, 1927. 1 vol. gr. in-8 de 416 pages avec 124 figures.
Broché........................................................................ 40 fr.

**Louis MARTIN et Georges BROUARDEL. — *TRAITÉ D'HYGIÈNE*, *Fascicule VIII*.**

**TRAITÉ d'HYGIÈNE Louis MARTIN et Georges BROUARDEL**
Fascicules XXII et XXIII

# HYGIÈNE SOCIALE

* ET **

**Par MM. Lucien MARCH, LESAGE, SCHNERB, JUILLERAT, Ch. LAMBRY, Paul JACQUET, SICARD de PLAUZOLES, Albert VAUDREMER, Paul FAIVRE, Georges CAHEN, Justin GODART et DUJARRIC de la RIVIÈRE.**

1929. Deux vol. gr. in-8, formant ensemble 1030 pages, avec figures. Broché, **160** fr. ; relié....... 180 fr.



**La Sédimentation globulaire**
***Son application à l'hydrologie***
**Par Michel MOSINGER et René GRIMAUD**
Internes des hôpitaux de Nancy,
Diplômés d'hydrologie et de climatologie médicales.
**Préface du professeur Maurice PERRIN (de Nancy)**
1 volume in-16 de 144 pages.................. **12 fr.**

priorité d'invention, soit la propriété exclusive, ou enfin dont ils préconisent la supériorité par voie d'annonces, de prospectus ou d'étiquettes, et desquels ils ne publient pas la formule. »

De ces textes il résulte que l'impôt n'est dû que sous certaines conditions : il faut d'abord que les spécialités soient présentées comme jouissant de qualités curatives ou préventives ; il faut ensuite qu'il s'agisse de produits auxquels le vendeur ou le fabricant attachent une dénomination particulière, ou bien de produits dont ils réclament la priorité d'invention, ou la propriété exclusive, ou bien encore que ce produit fasse l'objet d'annonces, de prospectus ou d'étiquettes, alors que la formule n'est pas publiée.

L'article 11 de la loi du 4 avril 1926 a modifié le seconde de ces conditions ; il a décidé que sont considérés comme spécialités les produits dont le fabricant ou le vendeur recommandent l'emploi au moyen d'une publicité réalisée par voie d'affiches, annonces, circulaires ou prospectus, lorsque cette publicité est de nature à atteindre d'autres personnes que les médecins, les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les vétérinaires.

Les Contributions indirectes ont, à l'aide de ces textes, voulu définir le caractère des spécialités pharmaceutiques. Elles se sont refusées à distinguer entre celles destinées aux hommes et celles destinées aux animaux, toutes les spécialités devant être, d'après l'Administration, soumises à l'impôt.

Un arrêt de la Cour de Nancy, du 27 février 1930 (Sirey, 1930-2-113) a jugé qu'un produit est passible de l'impôt institué par l'article 16 de la loi du 30 décembre 1916, dès l'instant qu'il remplit ces deux conditions : être une spécialité pharmaceutique, être présenté comme jouissant de propriétés curatives.

C'est pourquoi la Cour de Nancy a considéré comme spécialité pharmaceutique un produit présenté au public comme un véritable produit vétérinaire, scientifiquement étudié et dosé, ayant une haute teneur en phosphates naturels assimilables et ayant pour effet d'éviter certaines maladies des jeunes porcs.

La même question s'est posée devant la Cour de Paris, qui a écarté la thèse de la Cour de Nancy, et par conséquent la thèse de l'Administration des Contributions indirectes, en s'appuyant principalement sur la déclaration royale du 25 avril 1777. Cette déclaration royale réserve en effet la qualification de spécialité pharmaceutique aux préparations « entrantes au corps humain ». Par conséquent, aucun produit vétérinaire ne peut

## LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

être assimilé à une préparation pharmaceutique.

L'arrêt rendu par la Cour d'appel de Paris le 5 mai 1931 (*Gaz. Trib.*, 5 juillet 1931) décide que par spécialité pharmaceutique il faut entendre exclusivement les seuls produits s'appliquant au corps humain, c'est-à-dire ayant exclusivement en vue la santé de l'homme; et que seules ces spécialités pharmaceutiques sont assujetties à l'impôt institué par l'article 16 de la loi du 30 décembre 1916, à l'exclusion des produits vétérinaires destinés aux animaux.

Appliquant ce principe au Cabalcanis Fournier, produit vétérinaire destiné au traitement des animaux et des arbres fruitiers, la Cour a décidé que ce produit ne peut être assujetti à l'impôt, même quand il est présenté dans des journaux spéciaux, annonces et prospectus, comme jouissant de propriétés curatives ou préventives.

Voici l'arrêt de la Cour d'appel de Paris :

« La Cour,

« Statuant sur l'appel régulier et recevable en la forme d'un jugement rendu par la dixième Chambre du Tribunal correctionnel de la Seine le 31 décembre 1927 ;

« Considérant que l'Administration des Contributions indirectes demande à la Cour d'infirmer le jugement dont s'agit et de dire que l'impôt institué sur les spécialités pharmaceutiques par la loi de 1916 s'applique aux produits destinés aux animaux comme à ceux destinés à l'homme ;

« Mais, considérant que toute disposition d'ordre fiscal est d'interprétation restrictive ; que la loi du 30 décembre 1916 dispose qu'un impôt sera établi sur les spécialités pharmaceutiques présentées comme jouissant de propriétés curatives ou préventives ; qu'on ne saurait arguer de ce fait que le produit « Cabalcanis Fournier », produit vétérinaire destiné au traitement des animaux et des arbres fruitiers, est présenté dans les journaux spéciaux, annonces et prospectus, comme ayant ces propriétés, pour le déclarer, par voie d'extension, soumis à l'impôt comme « spécialité pharmaceutique ».

« Qu'il faut, conformément à la jurisprudence constante jusqu'à ce jour et à l'ordonnance de 1777 toujours en vigueur, entendre par spécialités pharmaceutiques les seuls produits s'appliquant au corps humain, c'est-à-dire ayant exclusivement en vue la santé de l'homme ;

« Par ces motifs et adoptant ceux non contraires des premiers juges,

« Déboute la partie civile de son appel ;

« Confirme le jugement ;

« Et condamne la partie civile aux dépens. »

ADRIEN PEYTEL,
*Avocat à la Cour d'appel.*

# NÉCROLOGIE

## LE PROFESSEUR H. DE BRUN (DE BEYROUTH) (1855-1931)

Nous avons eu à déplorer la disparition du professeur H. de Brun, de la Faculté de Beyrouth, qui vient de mourir dans sa propriété de Saint-Brieuc. Profondément estimé de ses collègues, adoré de ses élèves, le professeur de Brun laisse le souvenir d'un homme droit et intègre, d'un clinicien avisé, d'un chercheur clairvoyant, d'un enseigneur de haute valeur et de grand rayonnement.

Né à Arlanc dans le Puy-de-Dôme en 1855, il commença ses études médicales à Clermont-Ferrand, vint à Paris en 1876, à l'âge où l'esprit s'ouvre à toutes les curiosités, à tous les espoirs. Il fut reçu à l'externat la même année, puis à l'internat, trois ans après, en 1879. Il fut successivement l'interne de Théophile Auger, de



Le professeur H. DE BRUN.

Péan, de Legroux et de Lasègue, et, à la mort de ce dernier, devint le chef de laboratoire de Jaccoud, à la Pitié, de 1883 à 1885.

Il commençait à préparer le concours de médecin des hôpitaux, lorsqu'une chaire de pathologie interne et de clinique médicale fut fondée à la Faculté de médecine de Beyrouth. Sur le conseil de Jaccoud, de Brun accepta d'en devenir le titulaire. Il partit à Beyrouth à l'âge de trente ans, et il y demeura jusqu'en 1930.

De Brun se trouvait en France au moment de la déclaration de guerre : il y prit immédiatement du service dans les hôpitaux militaires, comme médecin de l'hôpital de la rue de la Tour, puis de l'hôpital des paludéens de Rueil, où il put exercer, pour le plus grand profit des soldats évacués d'Orient, sa connaissance approfondie des maladies exotiques, et spécialement du paludisme.

En 1895, il avait été nommé membre correspondant de l'Académie de médecine. En 1911, ses travaux l'avaient désigné au titre d'associé national de cette même Académie.

L'œuvre du Pr de Brun, pendant sa longue et brillante carrière à la Faculté de Beyrouth, fut double : œuvre scientifique de recherches objectives, qui ont jeté une lumière définitive sur certains points obscurs des maladies exotiques ; œuvre d'enseignement théorique et clinique, qui n'est pas son moindre titre à la reconnaissance française.

Ses recherches scientifiques, malgré les conditions difficiles dans lesquelles il travaillait, obligé de recourir à des installations de fortune, sans laboratoire, font autorité en matière de pathologie exotique.

Le paludisme retint particulièrement son attention. On lui doit la description du pneumo-paludisme du sommet, de l'infantilisme palustre, de l'amnésie paludéenne, du tremblement paludéen, et de la valeur thérapeutique du sulfate de cinchonidine.

Ses publications sur la dengue, résultat de ses observations de dix années (1890-1900), sont classiques. C'est presque entièrement à lui que nous devons nos connaissances épidémiologiques et cliniques sur cette affection. Il fut même le premier à différencier nettement, dès 1914, la dengue et la fièvre à papataci.

Le premier aussi, il décrivit la peste pulmonaire, dont, jusqu'à lui, on ne connaissait guère que le nom, et il établit ses relations avec la forme septicémique de l'affection.

Il précisa l'individualité de l'aïnhum, montra qu'elle avait une forme autonome, la différencia nettement des affections aïnhumoïdes, et, en particulier, des affections lépreuses avec lesquelles elle était couramment confondue.

Enfin, il consigna le résultat de ses observations sur le diagnostic des formes chroniques des abcès du foie, sur les formes syringomyéliques de la lèpre, sur le typhus exanthématique, sur les sonorités tympaniques non cavitaires du poumon, etc., dans des monographies pleines de clarté, d'objectivité clinique et de sens critique.

La seconde partie de son œuvre (et ce n'est pas la moindre), c'est son enseignement clinique à l'hôpital et au lit du malade.

Là, le professeur de Brun se révéla prosélyte ardent, d'une foi scientifique qui animait sa parole et son geste, et dispensateur d'une science sûre, amassée par lui au cours de ses longues années de recherches et d'observations.

Ses cours étaient comme un centre de rayonnement, où les jeunes venaient puiser la lumière, pour aller ensuite la porter dans les coins les plus reculés de cet Orient, dont un climat inhospitalier et une hygiène rudimentaire font un réceptable d'épidémies et d'affreux maux.

Ses élèves se pressaient à son cours. Il était pour eux un maître et un ami ; ils étaient pour lui, à qui ils ont conservé un véritable culte, plus que des élèves, des disciples.

Ce sont eux aujourd'hui qui, répandus dans tout le proche Orient, de la Syrie et de la Palestine aux îles grecques, continuent son œuvre. C'est par là que de Brun a droit à notre reconnaissance. Sans doute, nous lui devons plus de lumière sur bien des points obscurs de la pathologie exotique, mais nous ne pouvons oublier qu'il est de ceux qui n'ont pas hésité à s'expatrier, pour porter au loin l'action bienfaisante et sereine de l'influence et de la pensée française.

P. HARVIER.

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 15 décembre 1931.*

**Notice**. — M. PAUL RAVAUT lit une notice nécrologique sur M. de Brun, ancien professeur à la Faculté de médecine de Beyrouth, associé national depuis 1911, récemment décédé.

**Rapport**. — M. POUCHET lit un rapport sur les demandes en autorisation d'eaux minérales.

**Mission au Canada**. — M. ÉMILE SERGENT, après un compte rendu rapide de la troisième mission d'enseignement clinique qu'il vient de remplir au Canada, devant les Universités de Québec et de Montréal, insiste sur les impressions générales qu'il rapporte. Il souligne particulièrement l'intérêt capital qu'il y a à entretenir les liens qui unissent les Facultés de médecine canadiennes-françaises à la France, en attirant les jeunes médecins canadiens vers l'internat de nos hôpitaux. Il s'attache à montrer l'opportunité de favoriser l'entente entre les Facultés canadiennes, françaises et anglaises de façon à constituer un bloc solide anglo-français, capable de maintenir les principes de formation de ces deux vieilles races.

Il termine en s'associant aux avertissements lancés par ses collègues J.-L. Faure et Rathery et en renouvelant l'appel qu'il formule au retour de toutes ses missions à l'étranger : si nos Pouvoirs publics restent sourds à ces avertissements, notre outillage scientifique ne pourra plus supporter la comparaison avec les magnifiques installations qui progressent chaque année dans les autres pays, et le recrutement de nos élites intellectuelles deviendra impossible.

M. le Président remercie M. Sergent pour le dévouement avec lequel il a accepté trois missions consécutives au Canada. Il le félicite pour la manière brillante avec laquelle il a servi la science et la France dans ce pays où nous ne comptons que des amis fidèles.

**Artériographie**. — M. PEDRO BELOU. — C'est une véritable revision de l'anatomie du système artériel de l'homme que M. Pedro Belou, l'éminent professeur de Buenos-Aires, a réalisée grâce à son procédé d'injection des artères.

M. Belou a utilisé la technique de la diaphanisation des corps anatomiques par la méthode de Spalteholz afin d'obtenir des segments anatomiques transparents, après avoir, au préalable, injectés les artères de tout le corps.

Sans entrer dans des détails trop minutieux, l'auteur rappelle que ce procédé permet actuellement de mettre dans un état translucide et transparent les pièces anatomiques préalablement injectées dans leur appareil artériel avec de la gélatine au vermillon.

Le procédé se base sur l'application des lois de réfraction et sur le phénomène physique qu'un tissu opaque quelconque peut devenir transparent, lorsqu'il est entouré et imbibé d'un produit dont le coefficient de réfraction est égal au coefficient moyen du tissu.

« Les résultats obtenus sont si satisfaisants que dès ce moment, ajoute M. le professeur Belou, nous pouvons affirmer que au moyen du nouveau procédé, nous arriverons à fixer en forme définitive et irréfutable, non seulement les grandes trajectoires vasculaires, avec les diverses dispositions de leurs branches collatérales et terminales, mais les trajets intraparenchymateux, la présentation réelle de la distribution des artères centrales du névraxe, de l'œil, de l'ouïe, des fosses nasales et annexes, du cœur du poumon, du foie, de la rate, du pancréas, du rein, de la capsule surrénale, du thymus, du corps thyroïde, de l'intestin, du testicule, de l'utérus et annexes, etc., en un mot, de tous les organes, comprenant l'irrigation artérielle des os, et si cette contribution n'ajoute pas des nouveautés à ce qui a déjà été enregistré par l'abondante bibliographie anatomique existant jusqu'à présent, elle aura pour le moment la vertu de confirmer les renseignements déjà recueillis, en les fixant d'une façon indiscutable. »

M. Belou, à qui l'Académie décernait récemment le prix Testud, avait fait installer d'une façon très remarquable dans la salle des Pas Perdus, une admirable collection de radiographies qui illustraient merveilleusement son exposé.

**Dédoublement de la personnalité**. — M. MARINESCO communique un cas remarquable de dédoublement de la personnalité.

**Les pyréthrines**. — MM. ANGLADE, GAUDIN et M^lle^ ARCONY apportent quelques résultats chimiques de l'utilisation des pyréthrines dans le parasitisme intestinal et ses troubles secondaires.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 9 décembre 1931.*

**Résection segmentaire de la trompe utérine**. — M. LEVEUF dans un cas, après avoir fait une castration unilatérale, a fait, de l'autre côté, une résection segmentaire de la trompe suivie de salpingorraphie termino-terminale. A l'heure actuelle, la malade est en voie de terminer une grossesse normale. L'examen histologique a montré la présence de villosités choriales dans le segment reséqué.

**Ligature de la carotide primitive**. — M. HOUDART rapporte l'observation suivante de M. LECERCLE (de Damas), M. Lecercle voit, trois heures après la blessure, un jeune homme de vingt-cinq ans qui vient de recevoir un coup de poignard dans la région gauche du cou. A l'intervention, ni hémorragie, ni hématome. On fait l'hémostase temporaire par un fil et l'on constate une perte de substance carotidienne de la taille d'une lentille. Double ligature. Le blessé fait dans les jours suivants des phénomènes parétiques légers du membre inférieur droit, dont il ne persiste plus trace, quatre mois plus tard.

**Abcès osseux**. — M. MARTIN rapporte une observation due à M. FAURE (de Limoges). Consécutivement à une arthrite suppurée à staphylocoque de l'épaule, le malade présente des douleurs au niveau du talon. Huit mois après on découvre à la radiographie un abcès calcanéen. Trépanation de l'os et guérison presque complète en six semaines. Puis nouvelle localisation au niveau du fémur, pareillement traitée et guérie.

**Invagination intestinale de la deuxième enfance**. — M. LEROY (de Montluçon) fait le diagnostic d'appendicite. A l'intervention, on découvre une invagination iléo-colique irréductible. Hémicolectomie. Guérison.

**Arthrodèse de la hanche pour coxalgie**. — M. SORREL rapporte un travail de M. FÉLIX BÉRARD (de Lyon).

## SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

L'intervention a été pratiquée, soit pour des séquelles de coxalgie, soit pour des coxalgies en évolution de l'adulte, soit pour des coxalgies en voie de guérison de l'enfant. Il a fait, selon les indications particulières, des arthrodèses para-articulaires (technique de Sorrel et d'Albee), soit des arthrodèses juxta-articulaires (type Mathieu-Wilmoth), soit enfin des arthrodèses mixtes (type Sorrel).

L'auteur insiste sur la nécessité de fixer solidement le greffon du côté du trochanter dans le premier groupe; dans le second, il trouve pratique de détacher le volet iliaque à la scie électrique; enfin, dans l'arthrodèse mixte, il préfère l'incision de Smith-Petersen à la tabatière d'Ollier.

Au cas de séquelles, M. Bérard, après avoir utilisé l'arthrodèse juxta-articulaire et l'arthrodèse mixte, donne la préférence à l'arthrodèse mixte.

Dans les coxalgies évolutives, il est formellement partisan de l'arthodèse para-articulaire, qui demeure loin des lésions. Puis, M. Sorrel rapporte une observation de M. Couvaud (de la Marine) qui dans un cas, s'est très bien trouvé d'avoir posé son indication sur la réaction de Vernes à la résorcine.

**Infection localisée de la loge palmaire médiane.** — M. Cadenat rapporte un travail de MM. Iselin et Evrard. Ceux-ci sont parvenus à mettre en évidence plusieurs localisations rétro ou prétendineuses, et dans les loges commissurales.

**Résection diaphysaire dans les ostéomyélites aiguës.** — M. Leveuf termine la discussion et rappelle que l'os ne se regénère pas si le périoste a été détruit par l'infection.

**A propos de la fracture de Monteggia.** — M. Fredet montre que, si, chez l'enfant, la réduction est souvent possible, l'intervention est souvent indispensable chez l'adulte. La luxation est tout, à son avis; il faut donc d'abord réduire la luxation après section du ligament annulaire.

M. Fredet insiste en outre sur le mauvais pronostic éloigné de cette lésion.

Henri Redon.

### SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

*Séance du 28 novembre 1931* (suite).

**Les variations saisonnières de la sensibilité de l'organisme à l'intoxication protéique s'observent toujours en présence de vitamines.** — MM. F. Maignon et M.-A. Chahine ont vu que les variations saisonnières de la sensibilité de l'organisme à l'intoxication protéique chez le rat blanc alimenté à l'ovalbumine, ne sont pas supprimées par l'addition de vitamines A et B à la ration.

**Influence de l'addition de vitamines sur les périodes de fixité du poids et de survie, chez les rats blancs soumis aux régimes ovalbumine-graisse, ovalbumine-glucides.** — MM. F. Maignon et M.-A. Chahine ont observé que dans toutes les expériences d'alimentation de rats blanc à l'aide de mélanges ovalbumine-graisse, ovalbumine-glucides, donnés à discrétion, quelles que soient les proportions relatives de graisse ou de glucides, les périodes de fixité de poids et de survie sont toujours plus longues lorsque l'ovalbumine est associée à la graisse que lorsqu'elle est donnée avec des glucides, que la ration comporte ou non des vitamines.

La présence de vitamines ne fait qu'allonger la durée de ces périodes, tout en laissant subsister un avantage net en faveur des graisses, en ce qui concerne l'utilisation de la protéine.

**Les effets de la saignée sur l'excitabilité du nerf grand splanchnique.** — M. et Mme A. Chauchard et D.-T. Barry ont étudié chez le chien les modifications qu'apporte la saignée à l'excitabilité du grand splanchnique vaso-constricteur et inhibiteur des mouvements de l'intestin. Leurs expériences montrent que la saignée a pour effet d'augmenter dans une large mesure la chronaxie et le temps de sommation. La réinjection du sang extrait ou de solution physiologique, en même temps qu'elle relève la pression artérielle, ramène ces deux constantes à leur valeur primitive. Du fait que ces modifications portent à la fois sur la chronaxie et sur le temps de sommation, on peut conclure que la saignée agit en même temps sur l'excitabilité des axones centrifuges et sur celle des plexus nerveux des parois artérielles ou intestinales.

**Sur la culture du BCG en profondeur dans le bouillon.** — M. A. Saenz montre que le BCG ensemencé en séries dans la profondeur du bouillon perd peu à peu sa vitalité par raréfaction progressive des éléments vivants. En ce qui concerne soit l'aptitude du BCG à végéter en anaérobiose relative dans la profondeur du bouillon, soit le retour, dans ces conditions, de ce bacille-vaccin à la virulence, les résultats des recherches de A. Saenz sont manifestement et complètement opposés à ceux que Dreyer et Vollum affirment avoir obtenus.

**Voies d'introduction et activité des sérums anti-trypanosomes.** — Pour MM. L. Nattan-Larrier et B. Noyer, le sérum humain exerce une action curative bien plus marquée lorsqu'il est inoculé à l'animal par la voie intraveineuse. L'action préventive du sérum humain est également plus nette lorsqu'il est inoculé dans les vaisseaux. Les immun-sérums possèdent aussi une action préventive plus accusée quand ils sont injectés dans les voies circulatoires. Introduits dans les veines des souris infectées, ils semblent posséder un pouvoir curatif appréciable.

**L'immunité dans la fièvre boutonneuse, la non-virulence du sang des anciens malades et l'absence de pouvoir préventif de leur sérum.** — Il ressort des expériences de MM. Blanc et J. Caminopetros, portant sur huit anciens malades réinoculés, qu'une première atteinte de fièvre boutonneuse confère une immunité qui dure au moins deux mois. La réinoculation peut être suivie, après une dizaine de jours, d'une élévation de température qui ne semble pas indiquer une réinfection, puisque le sang au moment de cette poussée fébrile se montre dépourvu de virulence. D'autre part, le sang d'anciens malades paraît dénué de propriétés virulicides et, partant, de pouvoir préventif.

*Séance du 5 décembre 1931.*

**Les cirrhoses cobaltiques.** — MM. Maurice Villaret, Ivan Bertrand, L. Justin-Besançon et Roger Even présentent un nouveau type de cirrhose expérimentale déterminée par les sels métalliques : les cirrhoses dues à l'intoxication prolongée par les sels de cobalt. Leurs expériences poursuivies sur 174 animaux (150 lapins et 24 cobayes) ont été soumises à de nombreux contrôles.

# SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

La longue durée de leurs essais (trois ans) leur a permis de prolonger suffisamment l'intoxication expérimentale pour obtenir régulièrement des altérations hépatiques assez intenses. Les auteurs ont obtenu, en effet, des lésions assez nettement proportionnelles à la durée de l'intoxication. La réticulose apparaît vers le deuxième ou troisième mois ; elle augmente jusqu'au huitième mois et subit alors un temps d'arrêt. La sclérose ne se voit qu'à partir du troisième mois, évolue assez lentement jusqu vers le sixième, puis progresse plus rapidement, surtout par rapport à la réticulose ; il semble donc qu'à partir d'un certain stade, la sclérose peut se développer d'une manière relativement indépendante de la réticulose.

**Etude histologique des pigments ferrugineux dans les cirrhoses pigmentaires.** — MM. Maurice Villaret, L. Justin-Besançon, Serge Doubrow et Roger Even apportent les résultats de leurs examens histologiques d'un nombre important de cirrhoses pigmentaires. Ils étudient, dans la présente note, les rapports qui unissent deux sortes de pigments ferrugineux observés dans ces cirrhoses : l'hémosidérine et l'hémofuscine. La méthode de micro-incinération de Policard leur a montré la localisation des pigments ferrugineux, mais ne leur a pas donné de précisions sur la constitution chimique de ceux-ci. En oxydant les coupes, par différents procédés avant de pratiquer la réaction de Perls, ils ont vu que l'hémofuscine donnait bien, après oxydation, une coloration bleu de Prusse. Par d'autres techniques, les auteurs ont pu étudier successivement les deux pigments ferrugineux, et ils en concluent que l'hémosidérine et l'hémofuscine sont deux pigments ferrugineux qui diffèrent essentiellement par leur degré d'oxydation : dans l'hémosidérine, le fer est à l'état d'ion trivalent, et dans l'hémofuscine à l'état d'ion bivalent.

**L'hépatite graisseuse tuberculeuse décelée par la galactosurie provoquée.** — MM. François Thiébaut et Joseph Dieryck.

**L'action cholérétique du « cynara scolymus ».** — MM. Etienne Chabrol, Charonnat, Maximin et Waitz ont recherché sur 17 chiens porteurs de fistule cholédocienne quelles étaient les parties actives de l'artichaut, en ce qui concerne les propriétés cholagogues. Il ressort de leurs expériences que la sécrétion biliaire du chien peut quadrupler à la suite d'une injection intraveineuse d'un extrait de racine, aussi bien que sous l'effet d'une infusion de feuilles ; dans le capitule, le réceptacle, communément appelé le fond d'artichaut, est faiblement actif ; les bractées donnent des résultats négatifs ; les jeunes feuilles contiennent le principe actif de la plante en moindre proportion que les feuilles adultes. La cholérèse de l'artichaut est un peu moins rapide que celle de l'atophan, des phénols ou du chloralose ; il faut attendre deux ou trois heures pour avoir l'apogée de la courbe ; le taux de l'extrait sec de la bile est presque toujours considérablement accru ; il peut passer de 1 à 6. Les auteurs ont essayé d'isoler dans l'extrait d'artichaut le principe actif qui commande la cholérèse ; ils montrent qu'il ne s'agit pas des sels de potassium, ni d'un glucoside oxyanthraquinonique, comme on l'a suggéré ; leurs expériences tendent à prouver que l'on est en présence d'une substance à caractère acide susceptible de donner avec le plomb un sel insoluble ; à en juger par leurs recherches antérieures, le principe actif de l'artichaut figurerait parmi les composés cycliques à fonctions phénols dont l'action cholérétique est consacrée par de multiples expériences et qui sont largement répandus dans le règne végétal.

**Présence d'anticorps spécifiques dans les urines de sujets sensibilisés.** — MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric, Mme A. Hugo et Paul Giroud ont constaté que l'urine des sujets sensibilisés à une protéine spécifique pouvait contenir des anticorps comme en contient le sérum. Mais les anticorps dans les urines sont inconstants et la réaction de Prausnitz-Küstner faite avec les urines est bien plus faible que celle faite avec le sérum.

**Rôle des graisses dans le métabolisme protéique.** — MM. F. Maignon et M. A. Chahine ont vu que les graisses interviennent favorablement dans le métabolisme azoté et permettent un meilleur rendement nutritif des protéines en vue de la protéosynthèse.

Cet avantage des graisses est surtout manifeste avec les rations contenant une forte proportion de protéines, orsque le métabolisme azoté est élevé.

Ces faits permettent de comprendre les bons effets constatés en clinique de l'administration d'aliments gras aux malades atteints de maladies cachectisantes avec forte dénutrition azotée.

**Lysines de bactériophages présentant différentes thermo-résistances.** — MM. V. Sertic et N. Bulgakon ont vu que les bactériophages produisent des ferments lytiques ou lysines de différentes qualités ; les unes sont détruites par chauffage à 80°, les autres résistent à cette température.

**Ultrafiltration et action antitrypanosome du sérum humain.** — MM. L. Nattan-Larrier et B. Noyer ont vu que le sérum humain soumis à l'ultrafiltration conserve, suivant la perméabilité des filtres de collodion, son pouvoir curatif et son pouvoir protecteur, tous deux affaiblis, ou seulement son pouvoir curatif diminué. On pourrait peut-être en conclure que le pouvoir curatif et le pouvoir protecteur du sérum correspondent à des substances différentes.

**Interprétation des modifications histologiques provoquées par la vaccination antirabique dans le système nerveux des lapins.** — MM. S. Nicolau, L. Cruveilhier et Mme L. Kopciowska interprètent les modifications tissulaires qu'ils ont décrites au niveau du névraxe et du système nerveux périphérique chez les animaux soumis au traitement pastorien. Ces modifications ne seraient pas des *lésions* dans le sens du mot, mais plutôt des *réactions spéciales* du tissu nerveux vis-à-vis du germe neurotrope vaccinant qui provoque un léger *processus infectieux*. En effet, les modifications observées semblent l'expression morphologique de l'hyperactivité du système nerveux, réponse du tissu sensible à l'incitation provoquée par la présence du virus-vaccin. Ce dernier se comporterait ainsi comme un stimulant des moyens de défense du névraxe et du système nerveux périphérique. Le coup de fouet que l'infection vaccinante donne à l'activité du système nerveux se répercute sur l'état physique des animaux, sur leur résistance vis-à-vis des diverses maladies spontanées, ainsi que sur leurs réactions humorales.

# SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

**Contribution à l'étude de la fermentation lactique. Influence du HCl.** — M. G.-P. Le Gallic montre qu'une lignée de bacille lactique, cultivée sur un milieu de composition définie, y produit une fermentation dont l'arrêt régulier et précis permet de caractériser cette fermentation même si le bouillon de culture contient du KCl, à la dose de 1,06 *n* (80 p. 1 000). Les *p*H et les acidités atteints par les cultures pour différentes doses de KCl ont été reliés entre eux par une formule simple.

**Action du magnésium sur l'excitabilité du sympathique.** — M. René Hazard et Mlle Lise Wurmser ont vu que, si le chlorure de magnésium à doses fortes touche peu l'excitabilité électrique des accélérateurs cardiaques, il augmente l'action accélératrice de l'adrénaline. Il exerce une action dépressive sur le splanchnique et les vaso-constricteurs, surtout ceux du rein.

F.-P. Merklen.

*Séance du 12 décembre 1931.*

**Le sucre protéidique chez le chien normal après injection de glucose et d'insuline.** — M. Bierry, F. Rathery et Mlle. Yv. Laurent ont observé, après administration de glucose et d'une dose convenable d'insuline, ou d'insuline seule, chez le chien normal, des variations, importantes du taux du sucre protéidique. La sécrétion interne du pancréas est donc capable d'activer ou de ralentir soit la formation, soit la destruction du sucre protéidique, ainsi qu'il ressortait déjà de notes précédentes. Le rôle de cette hormone dans la glyco-régulation est ainsi complété par l'étude du sucre protéidique.

**Les variations de l'équilibre acide-base dans le diabète hypoglycémique à la phloridzine.** — MM. M. Sendrail et A. Lamarche ont suivi concurremment les fluctuations du sucre sanguin et des valeurs acido-basiques chez des chiens soumis à des injections intraveineuses de phloridzine. Ils ont vu que, pour des chutes accentuées de la glycémie, la réserve alcaline et le *p*H du plasma restaient stables, l'acétonurie nulle. C'est seulement dans le cas d'un épuisement préalable des réserves glycogéniques, que l'acidose apparaît. Les auteurs concluent que tout au moins pour les hypoglycémies par soustraction glycosique pure, il n'y a pas entre la dépression glycémique et la céto-acidose, la relation simple et constante, admise par les classiques. Ces faits infirment les notions (telle celle de glycémie critique) qui reposent sur l'hypothèse de cette relation.

**Le rôle de la maladie de Nicolas-Favre dans l'étiologie du rétrécissement inflammatoire du rectum ; étude de 21 cas par l'intradermo-réaction de Frei.** — MM. R. Bensaude et A. Lambling ont obtenu chez 21 malades porteurs d'une sténose rectale 19 réactions positives, soit dans 90 p. 100 des cas. En prenant comme test diagnostique l'intradermo-réaction à l'antigène lymphogranulomateux, la maladie de Nicolas-Favre semble donc jouer à l'origine de la sténose rectale un rôle très important et qui paraît mieux démontré que celui de la syphilis, de la blennorragie et de l'infection chancrelleuse jusqu'ici incriminées. L'intradermo-réaction au Dmelcos pratiquée parallèlement n'a été positive que dans 2 cas, une fois en association avec un Frei positif, une fois isolée. Une seule malade n'a réagi à aucune des deux épreuves. Cette statistique doit surtout son intérêt à ce que, contrairement aux faits identiques publiés dans différents pays, elle concerne les formes les plus variées de sténose rectale, non seulement les formes associées à un bubon inguinal dû à un œdème de la vulve (formes génito-ano-rectales de Jersild) surtout étudiées jusqu'à présent, mais des rétrécissements rectaux purs, indemnes de toute participation ganglionnaire ou génitale.

**L'aérogastrie par sécrétion gazeuse de la muqueuse.** — MM. Félix Ramond et Dimitresco Popovici, au cours de leurs expériences, ont montré le pouvoir sécréteur gazeux de la muqueuse gastrique du lapin et du chien. L'éther émulsionné, injecté sous la peau, se dégage en partie dans l'estomac, qu'il distend rapidement. De même pour l'oxygène, l'azote, l'acide carbonique qui, injectés sous la peau, s'exhalent en quelques minutes à travers la muqueuse gastrique d'un estomac vide dont le pylore et le cardia sont fermés. Cette exhalation est accrue après lavage au sérum artificiel alcoolisé à 30 p. 100. Ce qui montre qu'elle est plus marquée lorsque la sécrétion de la muqueuse est sollicitée. Ces expériences prouvent que l'aérograstrie peut être en partie fonction de l'exhalation des gaz du sang, à travers la muqueuse de l'estomac. Il en est de même pour la muqueuse de l'intestin.

**Note sur l'injection intraduodénale d'insuline** — M M. F. Ramond, P. Chêne et Dimitresco Popovici ont vu que l'introduction de 20 à 40 unités d'insuline par la sonde d'Einhorn détermine un abaissement de la glycémie et parfois des troubles liés à l'hypoglycémie. Ces résultats sont nets et concordent avec ceux de Murlin, Sutter et Gibbs, lesquels insistent en outre sur leur caractère temporaire.

L'instillation d'insuline étudiée sur 21 sujets indemnes d'affection hépato-vésiculaire ou de diabète a, par ailleurs, été sans effet notable sur la contractilité de la vésicule. Le fait qu'il était nécessaire d'étendre ce produit dans au moins 20 centimètres cubes d'eau, l'absence constante de réponse vésiculaire lorsque la solution était faite dans 2 ou 3 centicubes, rendent très suspects les résultats que l'on peut obtenir. La bile B ainsi extraite est peut-être liée à la seule irritation causée par la quantité de solution et non à la qualité du produit (l'insuline). Dans les cas de réponse positive (production de bile B) qui sont au nombre de 15 avec la solution d'insuline, la bile vésiculaire présentait les caractères habituels ; seul le mécanisme de cette excitation vésiculaire est douteux.

**Les infections varioliques inapparentes.** — MM. P. Teissier, J. Reilly, E. Rivalier et V. Stefanesco montrent qu'exceptionnelles chez les Simiens et nécessitant pour se produire certains artifices expérimentaux, les infections varioliques inapparentes sont fréquentes chez le chien et le chat. Alors que l'injection testiculaire d'un virus provenant du singe détermine fréquemment chez ces animaux l'apparition d'une orchite, l'inoculation d'un virus de premier ou de deuxième passage n'engendre aucun symptôme local, et pourtant le sérum des sujets ainsi inoculés possède ultérieurement un pouvoir virulicide sur la vaccine.

Chez le lapin, l'infection inapparente survient d'emblée : l'insertion dans la glande génitale d'un virus variolique pur, de provenance simienne, n'est suivie d'aucune réaction ; toutefois le virus persiste au moins deux semaines dans le testicule et provoque un état

d'immunité partielle à l'égard de la vaccine. Aucune transmission en série n'est d'ailleurs possible.

A ces diverses modalités d'infection inapparente, les auteurs opposent le caractère latent de l'infection variolique chez le rat et la souris. Inoculé sous la peau ou dans le testicule, le virus peut être retrouvé plus de quarante jours après dans les différents viscères; et le sérum des animaux, comme le faisait prévoir cette longue persistance, ne possède aucune propriété virulicide.

**Variation de la valeur du rapport $\frac{\text{vitamines B}}{\text{glucosides}}$ suivant la constitution des glucides du régime, dans certaines conditions d'équilibre alimentaire.** — Mme L. RANDOIN et R. LECOQ ont montré que, dans les conditions d'équilibre alimentaire d'un régime relativement peu riche en glucides et riche en lipides (renfermant 35 p. 100 de glucides et 26 p. 100 de lipides), l'utilisation, par l'organisme du pigeon, de *glucose*, de *saccharose* ou de *maltose*, ne nécessite pas, dans les trois cas, l'apport d'une même proportion de vitamines B (données sous forme de levure de bière sèche).

La quantité nécessaire et suffisante de vitamines B serait d'autant plus élevée que le glucide présent dans la ration est plus directement et plus rapidement utilisable par l'organisme.

La valeur nécessaire et suffisante du rapport $\frac{\text{vitamines B}}{\text{glucides}}$ varierait donc avec la constitution des glucides utilisés. Cette valeur optima serait deux fois plus forte avec le glucose qu'avec le maltose ; avec le saccharose, elle serait intermédiaire entre les deux autres. Avec l'un ou l'autre de ces trois sucres, un excès de vitamines B ne serait pas préjudiciable à l'économie.

**Surinfection tuberculeuse du cobaye par voie dermique.** — M. A. BOQUET démontre que la peau des cobayes tuberculeux conserve sa réceptivité pendant plus de cinq semaines après l'inoculation sous-cutanée d'une dose modérée de bacilles virulents.

La progression de l'immunité spécifique se traduit par l'affaiblissement graduel des réactions ganglionnaires. Cependant au quarante-quatrième jour de la primo-infection, alors même que les ganglions paraissent ne plus réagir, une inoculation tant soit peu importante détermine encore la formation d'un nodule évolutif où les bacilles d'épreuve conservent toute leur vitalité et toute leur virulence.

Comme A. Krause et D. Peters, R. Debré et H. Bonnet l'avaient déjà constaté, le caractère essentiel du tubercule de surinfection réside dans ce fait qu'il se développe plus rapidement que le tubercule de primo-infection. En outre, l'ulcération qu'il subit débute plus tôt que chez les témoins et sa tendance à la guérison est d'autant plus marquée que le délai qui sépare les deux inoculations est plus grand.

**Le genêt d'Espagne ; comparaison avec le genêt à balai ; effets musculaires post mortem.** — H. BUSQUET et CH. VISCHNIAC signalent que le genêt d'Espagne, tout en possédant certaines analogies parmacodynamiques avec le genêt à balai, en diffère sous beaucoup de rapports et ne peut pas être utilisé comme ce dernier à titre de succédané de l'adrénaline. La particularité la plus frappante du genêt d'Espagne au point de vue physiologique, est son effet *post mortem* sur l'animal à sang chaud. Après l'arrêt définitif de la respiration et du cœur, un chien chloralosé commence à exécuter des mouvements assez violents avec les membres et la mâchoire. Ces mouvements se prolongent pendant trente à quarante-cinq minutes avant de s'épuiser complètement. L'énervation préalable des membres n'empêche pas leur apparition.

**La non-réceptivité à la greffe du lymphadénome de la souris en tant que critérium de l'immunité au cancer spontané.** — L. MERCIER et L. GOSSELIN ont constaté : d'une part, que les souris de leur élevage atteintes de lymphadénome spontané sont sensibles à la greffe de cette forme de cancer ; d'autre part, que la non-prise à une ou plusieurs greffes successives ne constitue pas un critérium permettant d'affirmer que les individus temporairement réfractaires le sont également au lymphadénome spontané. En effet, des souris réfractaires à trois, à sept tentatives de greffe ont présenté du lymphadénome spontané. De plus une souris, après sept tentatives de greffe infructueuses, a présenté du lymphome malin type Borrel-Haaland ; ce moment, elle a accepté la greffe (huitième épreuve).

**Influence de l'alcalose et de l'acidose sur la réaction thermique vaccinale, sur la production des agglutinines et sur la résistance à une toxine microbienne.** — MM. J. DAVESNE et P. HABER ont utilisé, pour réaliser l'alcalose ou l'acidose, la technique de Tiffeneau, Mlle J. Lévy et D. Broun : injection intraveineuse lente (trente minutes), au lapin, de 20 centimètres cubes de soude N/8 ou d'acide chlorhydrique N/2.

En injectant immédiatement après l'alcalose ou l'acidose un vaccin antihistolytique, les auteurs n'ont pas noté de différences notables entre l'hyperthermie présentée par les animaux témoins, et celle présentée par les animaux traités. De même, le taux du pouvoir agglutinant développé à la suite de l'injection de vaccin n'a pas semblé être influencé par l'injection préalable de solution acide ou alcaline.

La résistance à l'injection intraveineuse de toxine histolytique n'a été ni atténuée, ni renforcée par l'alcalose ou l'acidose expérimentale.

**Le phénomène de la « mort subite ou précoce » au cours de l'infection herpétique chez le lapin.** — M. LEVADITI, Mlle SCHŒN et M. REINIE ont obsrvé un phénomène qui par ses caractéristiques biologiques et le problème pathogénique qu'il soulève, offre un intérêt tout particulier. Il s'agit de la mort subite ou précoce de lapins qui reçoivent des injections intramusculaires d'émulsions cérébrales contenant du virus herpétique. A l'occasion de la quatrième ou de la cinquième injection, l'animal succombe en proie à des convulsions, suivies de paralysies et de coma. L'étude de ce phénomène, rapproché de constatations de Remlinger concernant la mort subite d'animaux qui reçoivent par voie sous-cutanée, des émulsions névraxiques normales, permet de formuler les conclusions suivantes :

Les injections intramusculaires répétées d'émulsions cérébrales riches en virus de l'herpès, peuvent déclencher, chez le lapin, une mort subite ou plus ou moins précoce, du fait de l'action neurotoxique exercée par l'extrait cérébral sur un système nerveux en proie à une neuro-infection latente ou évolutive.

F.-P. MERKLEN.

# REVUE DES CONGRÈS

## CONGRÈS DE CHIRURGIE

*Communications particulières.*

**Fracture de l'atlas avec luxation transversale des masses latérales sur l'axis, sans signes fonctionnels importants.** — M. GIRAUD (de Marseille) rapporte cette intéressante observation où le traumatisme n'a créé aucun signe fonctionnel appréciable, aucun trouble nerveux important.

Du point de vue médico-légal, la possibilité de pareils faits doit être connue de tous les chirurgiens. Il est bon de prévoir une forte incapacité.

**Thoracoplasties d'indications pleurales dans la tuberculose pulmonaire.** — M. BONNIOT (de Grenoble). — Les indications en sont plutôt rares. Dans un premier temps, il faut drainer la cavité pleurale. L'état général du sujet en est d'ordinaire amélioré et permet ensuite les interventions plastiques. Celles-ci doivent être pratiquées « largement ». L'auteur rapporte en détail quatre observations personnelles.

**Traitement des sténoses cicatricielles du larynx par laryngotomie et autoplastie myo-hyoïdienne.** — M. NASTA (de Bucarest) propose une technique qui, six fois de suite, lui a donné d'excellents résultats.

Il pratique une laryngotomie en maintenant les moitiés du larynx écartées par l'interposition de deux fragments de l'os hyoïde.

Un dilatateur est introduit dans le larynx ainsi agrandi; il détruira mécaniquement le tissu cicatriciel et conservera la béance du canal laryngien.

Le reste de l'intervention est pratiqué aussitôt. Le caractère original de cette technique est justement sa réalisation en un temps. On obtient le même but que par des opérations multiples. On évite les soins opératoires prolongés. On réalise toujours un canal assez large pour assurer une bonne respiration normale. Les résultats sont durables.

**Méthode pour assurer la place exacte du greffon dans les fractures du col.** — M. STUYT (d'Arnhem). — La mise en bonne place du greffon est assurée par l'emploi d'un fil métallique conducteur guidant une mèche perforée suivant son grand axe. La manœuvre s'effectue sous les rayons.

**Fixation complémentaire du péroné dans le traitement sanglant des fractures de jambe.** — M. VERBRUGGE (d'Anvers). — Cette fixation se fait à l'aide d'une simple ligature. Elle facilite la consolidation et évite la formation du valgus qu'on observe souvent au-dessous du foyer de fracture.

**Traitement de la coxalgie.** — M. CALOT (de Berck) se déclare l'adversaire résolu des interventions sanglantes. Il a du reste suivi la méthode pendant cinq ans.

La comparaison de ses statistiques lui montre que le traitement conservateur donne une mortalité cinq fois moindre que le traitement chirurgical.

**Trois cas d'affections post-traumatiques de la tête humérale.** — M. ROTTENSTEIN (de Marseille). — Cette lésion est caractérisée par un arrachement du trochite et un aspect lacunaire du trochiter. Il y a une douleur vive à la pression et de l'impotence fonctionnelle.

L'intervention montre une petite cavité osseuse à contenu huileux qu'un simple curettage suffit à guérir.

L'auteur en rapporte trois observations.

M. GOURDET (de Nantes) présente : 1° une sonde métallique à robinet et à courbure de Galy. Cette sonde est munie d'un système spécial d'yeux à fente rendant facile le placement des fils suspenseurs dans la cystostomie, et, par suite, l'opération rapide et sûre.

2° Une pince pour tenir la lèvre supérieure de l'incision vésicale, que sa forme rend facile à poser et qui ne peut déchirer le gant de la main gauche.

3° Un petit dilatateur très simple pour les fistules de cystostomie définitive lorsque celles-ci ont tendance à se resserrer. Ce petit modèle est créé pour les praticiens qui ont à changer la sonde de Pezzer loin d'un chirurgien.

4° De petites valves isolantes destinées à empêcher la brûlure de la paroi opposée au pédicule, dans la diathermie des polypes de l'urètre chez la femme.

**Le traitement ambulatoire de la coxalgie.** — M. FRŒLICH (de Nancy) compare les résultats dans le traitement de la coxalgie par la méthode classique de l'immobilisation prolongée, et par la méthode ambulatoire.

Depuis 1898, il demeure fidèle à la méthode ambulatoire. 146 cas ainsi traités depuis dix ans, suivis et revus, lui ont donné 15 p. 100 de mortalité globale. Il a eu 10 guérisons parfaites avec mobilité conservée, 72 ankyloses en bonne position, 19 claudications. Il a dû pratiquer 12 ostéotomies contre des ankyloses vicieuses, 12 résultats ont été mauvais.

Tous ces cas ont été diagnostiqués soigneusement avec épreuves radiographiques et examens sérologiques.

Au total, les guérisons sont aussi bonnes qu'avec la méthode classique ; elles sont obtenues plus rapidement.

**Ostéomes intra-tendineux et intra-ligamentaires.** — M. PASTEL (de Lyon). — Les ostéomes traumatiques paracondyliens du fémur ne constituent pas une affection spéciale. Ils sont de tous points comparables à d'autres lésions que l'auteur a observées dans les régions les plus diverses après des traumatismes prolongés ou répétés.

Les localisations les plus fréquemment observées sont celles du tendon d'Achille, du tendon du quadriceps fémoral, du fascia lata.

La radiothérapie est très active quand les ostéomes sont de formation récente ; le plus souvent l'extirpation chirurgicale s'impose.

**Les opérations parathyroïdiennes dans la polyarthrite ankylosante.** — M. R. SIMON (de Strasbourg). — L'auteur a opéré trois fois des malades atteints de polyarthrite ankylosante. Il rapporte ses observations qui prouvent qu'à côté des cas avec hypercalcémie qui sont justiciables d'une parathyroïdectomie, il en est d'autres où le taux global du calcium sanguin est normal ou abaissé et chez lesquels la simple exploration chirurgicale du cou est susceptible de produire une amélioration aussi nette, aussi profonde, et, autant qu'on peut le dire à présent, au moins aussi durable que celle obtenue par la parathyroïdectomie dans le rhumatisme avec hypercalcémie.

**Une technique de mastoplastie.** — M. SÉNÉCHAL (de Paris). — Elle est applicable à tous les cas de ptose et d'hypertrophie mammaire. Elle réalise un véritable soutien-gorge anatomique définitif.

On l'exécute en deux temps : le premier sous anesthésie générale, le second sous anesthésie locale. La cicatrice

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

sous-mamelonnaire verticale disparaît en six mois, mais on peut hâter sa disparition en utilisant l'ionisation suivant la technique de Bourguignon.

Un lambeau piriforme est tracé dont la demi-circonférence supérieure embrasse le point fixé pour l'emplacement nouveau du mamelon. Il descend de part et d'autre du mamelon libéré par une incision circulaire et, après avoir circonscrit l'aire de la plicature désirée, se termine à angle très aigu au niveau du pli sous-mammaire normal.

Le mamelon est placé à l'endroit qu'il doit définitivement occuper.

La glande est plicaturée par des grands points en V placés horizontalement sur deux plans superposés. La peau ne doit remplir qu'un rôle de recouvrement, jamais de soutien.

Le deuxième temps n'est que le perfectionnement de de la plastique déjà obtenue. Il n'intéresse que la partie sous-mamelonnaire.

**La suture primitive dans les fractures ouvertes de cuisse.** — MM. Grimault et Wilmertz (d'Algrange) sont partisans de la suture primitive dans les fractures ouvertes de cuisse.

Ils en rapportent trois observations : ces fractures ont été causées par des traumatismes graves ayant entraîné des lésions étendues des parties molles.

Deux fois les fragments osseux ont été souillés par la terre : une fois il s'agissait de fractures à esquilles multiples avec séton de la cuisse.

Après excision minutieuse au bistouri électrique, la suture primitive a été faite sur large drainage.

L'ostéosynthèse immédiate a été exécutée deux fois par simple fil de bronze ; une fois l'ostéosynthèse a été pratiquée tardivement avec plaque vissée de Lambotte.

Ces blessés n'ont présenté ni complication infectieuse des parties molles ni ostéite.

**Extraction des corps étrangers par la broncho-œsophagoscopie.** — M. J. Guisez (de Paris) insiste sur la longue tolérance et la latence des corps métalliques : seize ans dans un cas, quatre ans et demi dans l'autre.

Par contre, les complications sont rapides en cas de corps organiques : graines, noyaux, grains de café.

Au niveau de l'œsophage, les corps étrangers le plus souvent rencontrés sont les os, les arêtes, les dentiers, les épingles de nourrice, les pièces de monnaie.

Les petits os et les arêtes sont particulièrement dangereux. Ils amènent rapidement des complications phlegmoneuses péri-œsophagiennes ou médiastinales.

Quand l'os est enclavé, il faut le morceler. L'usage du tube ovalaire de l'auteur permet l'extraction facile des dentiers même volumineux.

**Traitement radio-chirurgical du cancer du sein. Résultats éloignés.** — M. Mayer (de Bruxelles) expose sa statistique qui porte sur 208 cas traités par large exérèse suivie pendant quarante-huit heures d'une application de deux tubes de Dominici et de radiothérapie post-opératoire.

La mortalité globale est inférieure à 5 p. 100. Les survies sans récidive après cinq ans dépassent 50 p. 100 dans les cas opérés au début et 20 p. 100 dans l'ensemble des cas, y compris les décès et les malades perdus de vue qui ne représentent que 7 p. 100 dans cette satistique minutieusement établie.

En dépit de l'effort des ligues et des centres anticancéreux, l'auteur pense que trop de sujets arrivent au chirurgien à un stade très avancé de leur maladie.

A sa statistique personnelle, M. Mayer ajoute les résultats concordants publiés récemment en France, en Italie, en Suède, en Allemagne, Amérique du Nord, Argentine, Norvège et Belgique.

**Angioplastie pédiculée.** — M. J. Jiano (de Bucarest). — En face d'une lésion étendue, accidentelle ou opératoire, intéressant un vaisseau important, mieux vaut recourir à une intervention restauratrice qu'à une ligature.

Les autoplasties vasculaires peuvent être réalisées à l'aide du péritoine ou du «matériel vasculaire», en orientant toujours le tissu réparateur de façon telle que sa face endothéliale regarde la lumière du vaisseau.

L'auteur a pu restaurer expérimentalement la veine cave inférieure et la veine porte au moyen de lambeaux péritonéaux doublés de tissus aponévrotiques fibro-musculaires. Il a pu de même réparer une artère iliaque externe en utilisant un cylindre péritonéo-aponévrotique.

Chez l'homme, la même méthode a permis de refaire la paroi d'une veine fémorale déchirée au cours d'une cure radicale de hernie crurale ; l'étoffe réparatrice fut le sac herniaire lui-même.

Chez l'homme encore, l'auteur a réparé deux fois une veine fémorale à l'aide d'un lambeau emprunté à une saphène.

M. Jiano a fait construire une pince spéciale élastique qui, appliquée à demeure, réalise la fermeture définitive d'une plaie vasculaire latérale ou transversale incomplète.

**A propos des césariennes et en particulier des césariennes basses.** — M. Ferey (de Saint-Malo) dit sa préférence pour la césarienne basse. Sur 42 interventions, il a pratiqué 21 fois la césarienne basse, 14 fois la césarienne haute et 7 fois la césarienne avec hystérectomie. Il a eu un seul décès; il s'agissait d'une femme asystolique opérée par césarienne haute.

L'auteur expose des détails de technique qui lui paraissent importants : la suture utérine doit être pratiquée au catgut nº 2 ou 3 ; elle est faite « en lacet de soulier », le surjet étant arrêté tous les deux points par deux nœuds ; dès que le placenta est enlevé, il convient de faire une injection immédiate d'hypophyse ; la meilleure anesthésie est la rachi-cocaïnisation.

**Considérations cliniques et chirurgicales sur 250 lithotrities.** — M. Cathelin (de Paris) expose sa statistique personnelle, la plus forte de France, depuis la mort de Guyon.

Il étudie successivement le rôle de l'âge et du sexe, le diagnostic, le nombre des pierres, leurs dimensions et leur nature chimique, leurs poids, la durée de l'intervention, les résultats immédiats et éloignés, avec une suite de considérations sur cette admirable opération qu' « il faudrait inventer si elle n'existait pas ».

L'auteur conclut ainsi : « Je place cette opération à côté des pyramides, c'est la huitième merveille du monde. »

**Nouvelle méthode d'anesthésie.** — MM. Pascalis et

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Garrelon (de Paris) rappellent l'importance du réflexe oculo-cardiaque, qui renseigne sur les réactions éventuelles du malade à l'anesthésie.

La compression du globe oculaire entraîne-t-elle un ralentissement du pouls ? On peut compter sur une bonne anesthésie.

Dans le cas contraire, on a affaire à un malade rebelle qu'une injection d'un demi-milligramme de salicylate d'ésérine rendra du reste docile.

Les sujets présentant une bradycardie exagérée bénéficieront d'une injection d'atropine, faite quelques minutes avant l'opération.

**Traitement chirurgical du diabète chez les enfants, basé sur une nouvelle conception pathogénique.** — M. Soresi (de New-York). — L'auteur est convaincu que tout état pathologique suppose une constitution anormale d'organe.

Il propose d'intervenir chez les jeunes diabétiques pour supprimer les adhérences dont il a constaté maintes fois l'existence chez ces sujets, adhérences s'opposant au fonctionnement de l'intestin et des voies biliaires.

De plus, il serait nécessaire de reconstituer un ligament hépato-colique normal.

Cette technique exécutée 5 fois, lui a donné 5 bons résultats.

**Volvulus total du grêle chez un enfant.** — M. Martin du Pan (de Genève). — Il s'agit d'un enfant qui, depuis cinq jours, souffrait de violentes coliques et qu'on amena au chirurgien dans un état fort grave.

L'intervention montra un intestin uniformément noirâtre dont la détorsion n'améliora nullement la circulation.

La mort suivit l'opération, et l'autopsie permit de constater un défaut d'accolement du méso du côlon droit qui participait au volvulus.

De tels faits sont rares, quoique l'auteur en ait observé en plusieurs circonstances. L'essentiel est d'opérer au début des accidents.

**La gastrophotographie.** — M. Bécart (de Paris) communique sa technique et ses premiers résultats.

Cette méthode, fort intéressante et pleine d'avenir, permet de prendre en plein jour seize photographies stéréoscopiques de l'intérieur de l'estomac.

Un bloc photographique minuscule présentant huit chambres noires dotées chacune de deux trous d'aiguille jouant le rôle d'objectif, est introduit dans la cavité gastrique à l'aide d'une sonde de caoutchouc. A ce bloc photographique est adjointe une ampoule électrique qui donne une lumière de 20.000 bougies pendant 1/120e de seconde.

Cette nouvelle méthode d'investigation ne doit supplanter dans l'esprit de l'auteur aucune des autres méthodes usitées jusqu'à ce jour ; elle s'ajoute à elles simplement. Elle accroît dans des proportions notables la possibilité des diagnostics précoces et multiplie par suite les chances de succès dans les interventions chirurgicales.

**La néphrectomie transpéritonéale.** — M. Perrin (de Lyon) fait l'éloge de cette opération qui donne un jour parfait sur le pédicule rénal. Elle n'est même pas contre-indiquée en cas de pyonéphroses, à condition qu'on pratique dès le début de l'intervention la marsupialisation de la loge rénale à l'abri de laquelle on peut opérer en toute sécurité.

**Contre l'embolie avant, pendant et après les opérations gynécologiques abdominales.** — M. Jayle (de Paris). — De 1904 à 1908, l'auteur a observé 4 embolies foudroyantes après hystérectomie abdominale.

L'étude de ces cas lui a montré que l'accident était imputable à des fautes dans la préparation des malades et dans le technique opératoire. Il a largement modifié sa façon de faire, et depuis n'a plus eu à déplorer de tels accidents.

Il évite minutieusement la blessure des veines et réduit au minimum le traumatisme abdominal, se contentant d'incisions petites, supprimant les écarteurs et les compresses intrabdominales, utilisant le moins possible la position déclive.

L'auteur a grand souci de l'état moral des malades, de leur type morphologique, de leur tube digestif avant l'opération. Il leur donne la position assise aussi rapidement que possible après l'intervention ; des sangsues sont posées au moindre point de côté, à la moindre menace de phlébite.

Depuis 1910, il fait systématiquement l'examen du sang, surtout au point de vue de la coagulation.

Exceptionnellement, à son insu, le chirurgien opère en pleine poussée de phlébite pelvienne, et l'auteur en donne des exemples probants.

C'est l'examen du sang qui paraît constituer le meilleur moyen d'éviter l'embolie, laquelle peut apparaître avant, pendant ou juste après l'opération.

Grâce à cet examen, on peut remettre à plus tard des interventions qui, sans doute, auraient abouti à une mort subite.

**Nouveau procédé de rachi-anesthésie générale par rachi-delcaïnisation.** — M. Le Filiatre (de Paris). — Il s'agit d'un nouveau produit : la delcaïne, qu'on extrait des eaux mères servant à la préparation de la cocaïne officinale.

La delcaïne, ou chlorhydrate de pseudo-cocaïne droite, a une toxicité très inférieure aux substances employées jusqu'ici en rachi-anesthésie. Elle n'abaisse que très faiblement la tension sanguine (une demi-division du Vaquez).

Elle est vaso-constrictrice et présente un pouvoir anesthésique deux fois et demi à trois fois plus grand que celui de la cocaïne.

Aucune préparation du malade n'est nécessaire. On n'a pas à user de l'éphédrine pour combattre l'hypotension et elle donne une anesthésie complète.

La delcaïne est admirablement supportée et parfaitement éliminée.

Les grandes interventions abdominales se font, grâce à elle, sans shock appréciable.

L'auteur pense que ce procédé très simple mettra la rachi-anesthésie à la portée de tous et constituera de ce fait un grand progrès dont bénéficieront malades et chirurgiens.

M. Dariau.

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

## DEUXIÈME CONGRÈS DE CHIRURGIE RÉPARATRICE PLASTIQUE ET ESTHÉTIQUE

*2 et 3 octobre 1931.*

Dr Raymond PETIT (de Paris). — 1° *Réparation chez une femme de l'aile du nez et de la narine gauche détruite par des lésions spécifiques.* Greffes de peau totale et pansements au sérum de cheval.

2° *Réfection d'un vagin par greffe chez une jeune fille,* ayant eu à la suite d'une injection d'eau bouillante et d'ammoniaque une épouvantable brûlure du vagin, avec escarres et cicatrice inodulaire.

Dr DARTIGUES (de Paris). — 1° *Des dermectomies et des lipectomies appliquées aux reliquats des cures d'amaigrissement. Un cas de lipectomie abdominale complétant une cure radicale d'éventration.* Traitement de l'éventration : il s'agit d'une question vitale à cause de la menace d'occlusion intestinale et du pendulum cutanéo-adipeux à cause de la gêne qu'il occasionne et aussi de l'aspect extrêmement disgracieux qu'il donne à la ligne du corps.

2° *Guérison chirurgicale d'un nævus médian de la lèvre supérieure chez une jeune fille.* — Ablation complète du nævus avec mon bistouri à lames interchangeables, sutures des bords de la plaie résultant de cette ablation avec des fils de lin très fins,et,pour éviter la trop grande traction latérale, je froncе préalablement la partie charnue médiane par trois points au catgut fin. Très beau résultat. Peu après l'intervention, la jeune fille s'est mariée. Elle est maintenant mère de famille.

Dr ULRICH (de Paris). — *Phagothérapie et chirurgie esthétique.* L'auteur parle de l'importance de la phagothérapie qui devient une sorte de chirurgie esthétique préventive en évitant toute mutilation et même la cicatrice,qui est la plus grande misère de l'esthétique et de la plastique. L'auteur rapporte plusieurs cas d'anthrax, notamment de la face,et démontre que les bactériophages n'ont pas seulement un rôle curatif de premier ordre, mais deviennent les meilleurs agents et garants de l'esthétique en évitant la disgrâce qui peut toujours résulter de la cicatrice dont sont entachés les procédés sanglants.

Dr ARY DOS SANTOS (de Lisbonne). — *L'emploi des substances inertes pour les greffes dans la chirurgie esthétique du nez.* Il s'agit de considérations sur l'utilisation en particulier de l'ivoire, du caoutchouc rouge et du caoutchouc noir dans la prothèse esthétique nasale.

Dr CH. BRISARD (de Paris). — *Le risque opératoire en chirurgie esthétique* obéit aux lois générales du risque en chirurgie. Le risque prévisible détermine la technique chirurgicale avant, pendant et après l'opération. Le risque *imprévisible*, né de l'imperfection de nos facultés de prévision, échappe à toute technique capable de le conjurer. L'indication opératoire qui résulte de la balance de l'avantage et du risque une fois formellement posée, le chirurgien ne peut en tenir aucun compte. De même qu'en chirurgie générale, le risque imprévisible, rare, mais toujours possible, ne peut engager la responsabilité des chirurgiens, si aucune faute de technique ne peut être indiscutablement établie.

Dr CASTEX (de Châteauroux) *présente son instrumentation inédite pour la chirurgie diathermique et esthétique du visage,* ainsi qu'un certain nombre de photographies avant et après les interventions.

Dr ROCHER (de Bordeaux). — *Réfection du nez par greffe tubulée avec armature cartilagineuse (costale) et osseuse (tibiale) et uranoplastie pour mutilation d'origine syphilitique.* Un grand nombre de photographies illustrent un cas particulièrement délicat de réfections chirurgicales de la pyramide nasale à l'aide d'une greffe tubulée frontale.

Professeur Jean JIANO (de Bucarest). — 1° *Rhinoplastie pour lésion destructive par la syphilis.* On a employé dans le même cas presque toutes les méthodes connues en matière de rhinoplastie, la méthode française, italienne, indienne, greffe libre de cartilage costal. La réfection de la sous-cloison a été réalisée d'après son procédé par un lambeau muco-musculaire prélevé sur la moitié postérieure de la lèvre à pédicule supérieur. L'extrémité libre du lambeau sortie à travers une boutonnière créée au-dessous du nez a été fixée au bout de l'organe.

2° *L'œsophagoplastie dermato-jéjunale dérivatrice pour sténose cicatricielle.* — L'auteur a exposé une série de sept cas d'œsophagoplastie dérivatrice avec des résultats variables. Les deux derniers cas montrent le raccordement cervical du néo-œsophage constitué du jéjunum et d'un tube cutané. L'auteur présente comme contribution personnelle son procédé d'œsophagoplastie à tube cutané prélevé sur la paroi abdominale et de la région scapulo-dorsale.

Dr MALINIAK (de New-York). — Exposé général des *différents cas de prolapsus mammaires* et leurs traitements.

Dr WALLET (de Paris). — *Cure radicale de l'hygroma du sésamoïde plantaire de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil* et présentation de malades.

Dr MONTANT (de Paris). — 1° *Traitement orthopédique du pied plat de l'adulte.* L'auteur présente un malade de cinquante ans qui avait, il y a dix mois, un pied plat grave ancien qui rendait la marche et la station debout prolongée absolument impossibles. Le malade était un véritable « mutilé » de la marche. Traitement par appareils plâtrés permettant la compression sous la face plantaire, par des feutres, comme pour le traitement des scolioses. Comme adjuvants : traitement physiothérapique et récalcifiant. La voûte plantaire est reformée et le malade a repris son activité habituelle.

2° *Sur les sutures dans les plaies avec perte de substance des doigts.* — L'auteur insiste sur le danger des sutures dans les tissus inélastiques des doigts.

Dsse A. PROST (de Paris). — *Des soins physiothérapiques consécutifs aux opérations plastiques.* Étude des divers procédés physiothérapiques grâce auxquels on peut faire disparaître ou atténuer les cicatrices consécutives aux opérations plastiques ou autres. Technique de ces procédés tels que l'électrolyse, la diathermie, la neige carbonique, l'ionisation, etc. ; leurs indications et les résultats que l'on doit en attendre.

Dr DARTIGUES et Dsse PROST (de Paris). — *Blessures du visage consécutives à un accident d'automobile.* Fistule salivaire probable, cicatrice atrophique et très adhérente au plan profond, traitée par la kinésithérapie et l'ionisation, avec un plein succès.

Dr Raymond TOURNAY (de Paris). — *De la supériorité au point de vue plastique et esthétique des cures ambulatoires dans le traitement des ulcères de la jambe.* Avan-

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

tages : 1° rapidité de la cicatrisation ; 2° qualité de la cicatrice ; 3° maintien de la guérison plus souvent assuré. Méthodes : bandes de crêpe enduites d'adhésif. Méthode de Unna, méthode du Dr de Bourggraf, cette dernière très supérieure.

Professeur Auguste LUMIÈRE (de Lyon). — *Problème de la vieillesse.* Étude sur les causes internes et externes de la longévité, de la sénilité et de la mort et des moyens d'accroître la durée vitale et le rajeunissement.

Dr MADUREIRA (de Lisbonne). — Présentation d'un cas de *chirurgie esthétique du sein* et présentation de son instrument.

Dr PRÉVOT (de Marseille). — *Correction chirurgicale de la paralysie faciale*, utilisation de la pseudo-aponévrose parotidienne.

Dr CŒLST (de Bruxelles). — 1° *Présentation d'un nouvel instrument, le septostat*, instrument très pratique permettant de faciliter le temps des sutures endonasales.

2° *Présentation de quelques documents cinématographiques concernant la plastique nasale.* — L'auteur prouve que le cinéma n'est pas seulement un excellent agent de démonstration, mais encore un agent de documentation de tout premier ordre. Quatre cas ont heureusement illustré cette intéressante communication.

Dr AUBERT (de Marseille). — *Résection ostéoplastique de l'extrémité inférieure du radius pour sarcome.* Deux observations accompagnées de très nombreux documents radiographiques.

Dr Pedro JAUREGUI (de Buenos-Aires). — *Mammectomie totale et autogreffe libre aréolo-mamelonnaire.* Mammectomie bilatérale esthétique par le procédé de Dartigues.

Dr Pierre ROBIN (de Paris). — 1° *Traitement précoce du prognathisme mandibulaire par la méthode eumorphique.* Étude des différents prognathismes et traitement : le prognathisme mandibulaire est toujours curable quand le diagnostic est posé tôt et le traitement commencé vers l'âge de deux ans. Les traitements chirurgicaux visant les corps et les condyles de la mandibule ne doivent être appliqués qu'aux adultes, chez qui la déformation et les troubles fonctionnels sont tels qu'ils ne laissent rien à espérer d'un traitement eumorphique.

2° *Béance bi-maxillaire traitée précocement par la méthode eumorphique.* — La béance bi-maxillaire se présente sous deux aspects différents : *a*) les deux arcades sont bien articulées, seule la région antérieure est atteinte par suite d'une hypotrophie de l'os incisif ; *b*) dans le second cas, beaucoup plus grave, la malformation porte au niveau des grosses molaires qui entrent en contact d'abord lorsque la bouche se ferme. Les résultats seront d'autant plus rapides et plus sûrs que le traitement eumorphique aura été plus précoce, c'est-à-dire dès la constatation de la malformation, à partir de deux ans.

Dr FISCHER (de Bordeaux). — *Du rôle en clinique des variations du tégument thoracique.*

Dr Ch. CLAOUÉ (de Bordeaux). — *Projections et films concernant la chirurgie esthétique et plastique.* Il s'agit d'une série de résultats opératoires concernant le nez, les poches sous les yeux, les rides, les seins et la paroi abdominale.

Dr LASSERRE (de Bordeaux). — *A propos du traitement chirurgical du rhinophyma.* Plusieurs tumeurs de volume différent étaient localisées au niveau du lobule et des ailes du nez. L'auteur a procédé à la décortication chirurgicale sous anesthésie locale : guérison rapide.

Dr MULLER (de Belfort). — *Méningo-encéphalocèle médiane naso-frontale.* Il s'agit d'un cas très rare, tumeur remarquable par son volume et son siège anatomique antérieur ; présentation de documents photographiques très intéressants.

Dr Maurice PÉRI (d'Alger). — *Traitement d'une cyphose nasale.* Par voie endonasale, sous anesthésie locale, la résection de la bosse est faite au rabot de Moulonguet. Le procédé du rabot ne peut être utilisé que lorsque le nez est étroit. Quand la bosse est très importante et dans le cas de nez large, il vaut mieux pratiquer une ostéotomie bilatérale de la branche montante du maxillaire et réséquer partiellement la cloison par voie sous-muqueuse.

Dr LEYDIER (de Paris). — *Caractéristiques graisseuses chez la femme.* L'auteur étudie la part considérable de la graisse dans la morphologie de la femme et expose succinctement l'anatomie du tissu adipeux dont le rôle est très important en chirurgie plastique.

Drs DARTIGUES et LEYDIER (de Paris). — *Mammectomie totale ; sa double indication opératoire : thérapeutique et plastique.* Les auteurs démontrent que cette intervention est le seul traitement de l'hypertrophie mammaire, disgrâce locale, mais surtout maladie à retentissement général.

Dr PRECECHTEL (de Prague). — *Contribution à la correction opératoire du palais bref.* Étude d'ensemble sur l'occlusion chirurgicale vélo-pharyngienne avec discussion de la rééducation phonétique.

Dr BURIAN (de Prague). — 1° *Corrections de quelques irrégularités nasales ;* 2° *le lambeau tubulé en chirurgie réparatrice.* Étude d'ensemble avec observation et résultat avant et après l'opération d'occlusion palatine, de rhinoplastie, et de greffes tubulées par enjambement successif.

Dr DARTIGUES (de Paris). — 1° *Une encre dermographique pour les dessins et points de repère en chirurgie plastique et esthétique.*

2° *Projections sur la mammectomie bilatérale totale avec greffe aréolo-mamelonnaire libre.*

3° *Projections montrant les différentes anomalies des seins, les unes justifiables de la transposition, les autres de la mammectomie.*

Dr BERILLON (de Paris). — *Les obsessions se rattachant à des difformités ou des anomalies anti-esthétiques.*

Dr MÉRY (de Paris). — *De quelques interventions classiques de chirurgie esthétique chez les animaux.*

Dr DANTRELLE (de Charleville). — 1° *Technique de la greffe des muqueuses* avec présentation d'instruments.

2° *Nouveau traitement des brûlures de l'œil avec plastique immédiate.*

Dr BOURGUET (de Paris). — *Le traitement esthétique des taches blanches de la cornée.* Le Dr Bourguet, après avoir montré à quoi étaient dues ces taches, montre le traitement qui est employé. Ablation superficielle de ces taches et imprégnation de chlorure d'or qui a pour but de les colorer en brun foncé. Si la tache siège en regard de l'orifice pupillaire, il faudra obtenir une coloration franchement noire. Seul le tatouage ou l'injection à l'encre de Chine permet d'obtenir ce résultat. Le Dr Bourguet fait passer un certain nombre de photographies montrant le résultat obtenu.

# REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

## ASSOCIATION FRANÇAISE DE PÉDIATRIE VII^e CONGRÈS DES PÉDIATRES DE LANGUE FRANÇAISE

*Strasbourg, 5-7 octobre 1931 (suite).*

DEUXIÈME QUESTION.

### *LES TUMEURS CÉRÉBRALES CHEZ L'ENFANT*

### I. — Symptômes et diagnostic des tumeurs cérébrales chez l'enfant.

Rapporteurs: **M. HEUYER** et **M^lle Claire VOGT** (de Paris).

Dans ce rapport, les auteurs n'ont pas voulu traiter complètement la question, déjà envisagée au Congrès international de neurologie (Berne, août 1931) dans de nombreux travaux, sans qu'aucun de ces rapports ne fût spécialement consacré à l'enfant, ce qui laisse à leur travail toute son originalité.

Leur but a été surtout d'attirer l'attention des pédiatres non spécialisés en neurologie, sur la fréquence relative de ces tumeurs, leur polymorphisme, les erreurs faciles à commettre, le danger d'un diagnostic trop tardif pour permettre une sanction chirurgicale. Le temps n'est pas loin où, dans les services d'enfants, un malheureux sujet, aveugle le plus souvent, parfois traité par trépanation décompressive, porteur d'une énorme hernie cérébrale, donnait une idée pitoyable des moyens thérapeutiques opposables à une tumeur cérébrale.

Les temps sont changés, grâce aux neurologistes tels que Cushing en Amérique; Babinski, Sicard, Barré en France, aux chirurgiens de Martel, créateur en France de la chirurgie de l'encéphale, Robineau, Vincent, le premier neuro-chirurgien, le traitement de ces tumeurs a fait de très grands progrès, il compte à son actif des succès tels qu'on n'est plus en droit de laisser passer une tumeur cérébrale sans la diagnostiquer et envisager les ressources qu'offre la neuro-chirurgie.

*Généralités.* — Ce sont les plus fréquentes des tumeurs de l'enfance; elles se distinguent de celles de l'adulte par des caractères tenant à l'âge du sujet, à des *localisations électives*, à la fréquence de certains types anatomo-pathologiques.

*Fréquence.* — Moindre que chez l'adulte, elles se voient à tout âge même chez le nourrisson; au-dessus de deux ans, la fréquence augmente progressivement avec l'âge.

*Localisation.* — Surtout fosse cérébrale postérieure (tumeurs cérébelleuses), puis hémisphères cérébraux (lobe frontal), centre ovale, enfin région hypophysaire.

*Nature.* — Les plus fréquents sont les gliomes (50 p. 100: Cushing) : plus que les tubercules, ainsi qu'il était classique.

**Étude clinique.** — Dans tous les cas, mêmes signes généraux : *signes d'hypertension* plus importants que chez l'adulte, signes de localisation au contraire discrets.

Parfois simple trouvaille d'autopsie. Le plus souvent, évolution schématique en trois périodes.

A. *Début.* — Rarement brusque (cécité subite ou hypertension aiguë à forme méningée).

En règle, lent et insidieux. Troubles du *caractère* : inattention, irritabilité, plus souvent douceur et tendresse excessives.

Tendance anormale *au sommeil*; parfois signes locaux (hémiplégie, syndrome cérébelleux).

Le plus souvent *signes d'hypertension*, les premiers :

1° *Céphalée* fréquente, atténuée, variable, intermittente, à forme migraineuse, avec algies diverses.

2° *Vomissements*, type cérébral inconstant (pituite matinale ou migraine avec céphalée exposant à des erreurs thérapeutiques).

3° *Crises convulsives* (50 p. 100 des cas), crise comitiale classique, plus rarement épilepsie bravais-jacksonnienne ou attaques cérébelleuses (Jackson).

4° *Vertiges* peu importants chez l'enfant.

5° *Troubles oculaires* : paralysie de la VI^e paire, baisse de l'acuité visuelle insidieuse ou par crises, ou cécité brutale, impressionnante, propre à l'enfant.

Ces signes se groupent ou restent souvent *monosymptomatiques* puis se groupent par crises plus ou moins éloignées.

B. *Deuxième période : l'hydrocéphalie apparaît.* — Cliniquement appréciable, coïncidant avec la baisse de la vue, ce sont les deux signes essentiels, auxquels se joignent en général des signes de localisation.

C. *Troisième période.* — L'enfant non opéré au début de la deuxième période deviendra un infirme, et la mort surviendra en six mois, un an, rarement plusieurs années, ou plus rapidement, en quelques semaines ou même sous une forme aiguë.

Ce sont des enfants aveugles, sourds ou paralysés, hydrocéphales, amaigris, pouvant présenter un syndrome infundibulo-hypophysaire secondaire et partiel (obésité, infantilisme).

Souvent l'intelligence est conservée avec euphorie et puérilité. La mort survient dans la torpeur ou termine une crise d'hypertension.

*Signes objectifs.* — Plus importants que l'hydrocéphalie sont les *signes oculaires*, la *radiographie*, la *ponction lombaire*.

A. *Signes oculaires* (Bollack et Hartmann, 1928). — Stase papillaire : 80 à 90 p. 100 des cas; elle est rare dans les tumeurs bulbo-protubérantielles, tardive dans les formes lentes ; sans signes fonctionnels au début, la vue, avec un œdème intense, pouvant rester normale. Puis survient l'atrophie optique spéciale reconnaissable à l'examen du fond d'œil. Parfois stase suivie d'atrophie optique à bords nets chez l'enfant (Bollack).

B. *Radiographie.* — Montre les modifications osseuses liées à l'hypertension : augmentation de volume, amincissement des os, disjonction des sutures, aspect cérébriforme (impressions digitales avec aspect flou, pommelé du crâne), puis impressions des circonvolutions cérébrales. Ces signes sont quasi constants; la selle turcique est altérée par l'hypertension même, sans lésions de la pituitaire.

C. *L'image même de la tumeur* peut être obtenue, mais elle nécessite le plus souvent la ventriculographie (Dandy, 1918), montrant l'anomalie de l'image ventriculaire après injection d'air dans les ventricules cérébraux.

Presque inoffensive dans les cas précocement étudiés si l'hypertension est encore faible, elle s'accompagne plus tard de réactions ou même d'accidents. On a pu la compléter ou la remplacer par l'*encéphalographie*.

D. *La ponction lombaire* sera faite avec lenteur, peu abondante, en position couchée. Elle donne les mêmes résultats que chez l'adulte.

**Formes cliniques selon la nature des tumeurs.** — *Gliomes*, les plus fréquents. Les gliomes astrocytaires (astrocytomes) sout les plus bénins.

*Médulloblastomes* (sarcomes, glio-sarcomes, neuroblastomes) très malins, évolution rapide ; issus du toit du quatrième ventricule, ils le débordent, parfois véritable méningite cancéreuse.

*Épendymomes*, bénins ; ce sont des gliomes nés aussi des parois du quatrième ventricule; seul leur siège les rend dangereux.

*Tubercules cérébraux*. — Sous deux formes : méningo-encéphalite tuberculeuse à tubercules corticaux multiples et tuberculomes vrais; unique en général, sa lenteur d'évolution complique parfois le diagnostic de sa nature. Résultats chirurgicaux précaires, car la méningite ou la granulie, post-opératoire sont fréquentes. Quelques cas satisfaisants cependant.

**Formes cliniques selon la localisation.** — *Tumeurs de la fosse cérébrale postérieure*, les plus fréquentes, occupant le cervelet ou le quatrième ventricule.

a. *Tumeurs du cervelet*. — Début par syndrome d'hypertension avec céphalée nulle ou légère, à maximum sus-orbitaire ou frontal, vertiges peu fréquents (au contraire de l'adulte). Mais souvent dès le début attitude de *torticolis*, la tête fléchie vers la lésion, le menton du côté opposé (en général tumeur médiane, et parfois aussi tumeurs des hémisphères cérébelleux). Puis surviennent les troubles révélateurs d'un syndrome cérébelleux : latéropulsion, tremblement, troubles de l'écriture, de la parole, du tonus, apparition plus tard de signes pyramidaux, paralysie des nerfs craniens par compression.

Radiographie sans données spéciales, mais asymétrie des cornes occipitales par la ventriculographie.

b. *Tumeurs de la ligne médiane* (vermis et quatrième ventricule). — Elles ont un début identique et caractéristique : *syndrome vermien* (Cushing, Van Bogaert et Martin). Les tumeurs du vermis comblent le quatrième ventricule, celles du quatrième ventricule repoussent le cervelet; fréquentes chez l'enfant (30 cas sur 77), ce sont des gliomes, gliomes épendymaires, mais surtout les médulloblastomes malins. L'hydrocéphalie est considérable : à la stase dans les veines de Galien, s'ajoute le blocage mécanique de l'aqueduc de Sylvius. Elles évoluent rapidement, soit par hypertension cranienne à début brusque : céphalée, algies, troubles de la sensibilité objective, vomissements cérébraux ou non, rythmiques (d'où erreurs de diagnostic fréquentes). Strabisme précoce (paralysie de la VI^e paire) et inclinaison de la tête. Elle n'indique pas forcément une tumeur médiane (Cl. Vincent et M^lle Rappoport) sauf si elle est le premier ou le dernier des symptômes et s'accompagne de signes cérébelleux évidents. La pression au niveau du trapèze est alors douloureuse. Puis surviennent les troubles de la marche, le syndrome cérébelleux et les troubles de la synergie (qui sont au maximum) ; les autres troubles cérébelleux n'existent pas ou sont réduits au minimum, ils apparaissent tardivement (les paralysies oculaires, les autres syndromes de compression, les attaques cérébelleuses de Jackson).

L'évolution peut être longue, l'hydrocéphalie précoce devient considérable; en règle, ces tumeurs médianes évoluent vite, vers la mort subite, une crise bulbaire, une méningite terminale (forme méningée des tumeurs médianes.)

**Diagnostic.** — Il se résume en deux symptômes essentiels : *stase papillaire* et *renseignements radiographiques et ventriculographiques*, quelle que soit l'importance du syndrome hypertension et l'intensité des signes de localisation. L'important, au début, est d'y penser au milieu des symptômes viscéraux ou nerveux qui exposent à tant d'erreurs.

1° *En cas d'hypertension*, retenir la valeur de la céphalée, des vomissements, des crises convulsives (ne pas confondre avec tous les troubles digestifs et l'épilepsie).

2° *En cas de tumeur avec signes de localisation sans signes d'hypertension*, ne pas conclure sans raisons à la syphilis : c'est du reste une erreur parfois très difficile à éviter; l'erreur avec l'encéphalite épidémique est aussi parfois facile à commettre.

3° *Le syndrome d'hypertension au complet, avec ou sans signes de localisation*, peut faire conclure à *un abcès du cerveau*. L'erreur est moins grave, car, dans les deux cas, il faut opérer.

Enfin les méningites séreuses à forme localisée simulent en tous points les tumeurs cérébrales. Le diagnostic peut en être fait dans les formes ventriculaires par épendymite par le début brusque et l'évolution rapide de la stase papillaire. Mais ce sont des cas difficiles, diagnostics d'intervention ou même diagnostics d'autopsie parfois.

Dans l'ensemble, le diagnostic de tumeur cérébrale chez l'enfant est en général facile, celui de la localisation est beaucoup plus difficile, nombre de manifestations à distance pouvant être prises pour des signes de foyer. La fixité, la persistance des signes cliniques invariables est à retenir; on n'hésitera pas à faire pratiquer une ventriculographie ou une encéphalographie.

## II. — Traitement chirurgical des craniopharyngiomes

### (Tumeurs développées aux dépens des vestiges de la poche de Rathke).

MM. **Clovis VINCENT, M. DAVID et P. PUECH** (de Paris)
(Rapporteurs).

Le traitement de ces tumeurs est chirurgical. C'est la conception de la plupart des neuro-chirurgiens américains, et c'est celle des rapporteurs. Certains médecins français, avant l'intervention, préconisent un traitement radiothérapique, qui dans un cas (Roussy et Bollack) aurait donné un effet favorable sur l'étendue du champ visuel.

*Voie d'abord*. — La voie intracranienne sous-frontale est la seule pour ces tumeurs en majeure partie *supra-sellaires* ; la voie transphénoïdale, aveugle, est à rejeter.

L'ablation complète est presque impossible, la résec-

tion partielle seule possible sans exposer à la mort du malade.

Les difficultés ou impossibilités tiennent au siège *rétrochiasmatique*, surtout si les nerfs optiques sont courts, le cercle artériel de Willis fait à ces tumeurs une sorte d'enveloppe angiomateuse, enfin elles adhèrent le plus souvent au *plancher du III$^e$ ventricule*. Une série de cas cliniques illustrent ces difficultés opératoires. Enfin l'*hydrocéphalie* presque constante des opérés, par l'élargissement et la descente en profondeur du plafond orbitaire, rend difficiles les manœuvres et le bon éclairage du champ. Le volume du cerveau qu'il faut récliner expose à l'issue du liquide céphalo-rachidien et à des réactions cérébrales spéciales à ces sujets.

Sept malades ont été opérés, l'un d'eux à deux reprises. Un seul cas a permis une ablation totale de la tumeur; les autres sont des résections partielles; la simple ponction n'est presque d'aucune efficacité.

Relevons que l'anesthésie conseillée est l'anesthésie locale en position couchée. Dans un cas, l'enfant s'endormit d'un sommeil naturel au cours de l'intervention et présenta quatre à cinq jours de suite une narcolepsie comparable à celle de l'encéphalite qui ne laissa aucune séquelle (obs. V). Ce cas fut suivi d'hyperthermie élevée qui guérit, alors que ces fortes hyperthermies post-opératoires sont souvent très graves.

Lors de l'intervention, les lobes frontaux doivent être réclinés, reposant sur un matelas de coton hydrophile stérile imbibé d'un liquide approprié (liquide de Zenker). Parfois, au moment où la poche est abordée, il se produit une polyurie abondante ressentie impérieusement par le malade.

*Résultats.* — La mortalité opératoire varie suivant les chirurgiens de 25 à 50 p. 100 (Cushing 40 p. 100 en 1927; Cl. Vincent, 25 p. 100 : 2 morts pour 8 interventions).

La survie est variable : sur les six opérés avec succès, trois ont survécu un an sans avoir retrouvé la vue, mais le syndrome d'hypertension disparut ; l'activité psychique se montra normale; chez un enfant de dix ans, la taille augmenta de 4 centimètres, le poids de 9 kilogrammes; les fonctions intellectuelles redevinrent celles de son âge. Deux moururent par récidive, le troisième lors d'une intervention destinée à améliorer la vue. Les trois survivants (opérés depuis douze, vingt et dix-neuf mois), présentés par les rapporteurs, présentent une vision suffisante pour remplir divers emplois ou vaquer aux soins domestiques. Mais la récidive reste jusqu'ici une règle, le pronostic en découle. Cependant l'intervention précoce assure une survie acceptable, arrête ou empêche l'apparition d'accidents oculaires. On peut aussi penser que les neurochirurgiens perfectionneront les règles qui conduisent à l'étude du développement, du diagnostic et du traitement des craniopharyngiomes. Les reconnaître et les opérer très tôt permettra d'espérer une ablation complète avec le minimum de danger.

Le rapport se termine par un résumé portant sur 11 cas de craniopharyngiomes, relevant pour chaque cas l'âge, le sexe, le premier symptôme en date, les troubles de développement (infantilisme), les signes de réaction du troisième ventricule, l'état des troubles oculaires, les signes neurologiques, psychiques, les épreuves de laboratoire et le métabolisme, les signes radiologiques, l'état du naso-pharynx, enfin les détails opératoires, l'évolution, la nature histologique de la tumeur.

### *Discussions. Communications.*

**Diabète insipide et tumeur cérébrale.** — Le professeur Gautier (de Genève) a observé un syndrome de diabète insipide chez un enfant de cinq ans avec polyurie de cinq à six litres par jour. Ce tableau fut suivi de troubles de compression avec syndrome infundibulaire et atrophie optique bilatérale pouvant être rapportés à une tumeur du troisième ventricule. La radiographie cranienne et l'examen du fond de l'œil confirmèrent l'existence d'une tumeur cérébrale; la ponction lombaire fut négative. Un traitement par injection d'extraits hypophysaires étant resté sans résultats, on se décida à une intervention, mais l'enfant succomba au cours de l'intervention. L'autopsie révéla l'existence d'un gliome du troisième ventricule. Cette observation montre que le diabète insipide peut être le premier signe d'une tumeur cérébrale.

**A propos du diagnostic des tumeurs cérébrales chez l'enfant**, par le professeur R. Cruchet et le D$^r$ Cantorné (de Bordeaux). — Les auteurs constatent l'augmentation de fréquence des tumeurs cérébrales chez l'enfant et aussi des syndromes neurologiques pouvant les simuler.

L'examen de leurs observations leur a montré le début fréquent par des troubles cérébelleux progressifs, et aussi la possibilité de débuts brusques simulant une affection aiguë (forme pseudo-digestive de début).

A la période d'état, la stase papillaire constitue un gros élément de diagnostic : mais celle-ci peut aussi se rencontrer dans certains syndromes d'hypertension intracranienne régressifs (épendymites ventriculaires) ; elle peut aussi se voir dans l'encéphalomyélite et compliquer encore la discrimination entre celle-ci et les tumeurs (observations personnelles).

Les auteurs insistent sur la possibilité d'erreurs dues à de pseudo-signes de localisation » et rapportent une observation de syndrome cérébelleux par tumeur frontale probable avec troubles psychiques accentués rappelant la moria de l'adulte.

Le diagnostic de tumeur cérébrale chez l'enfant est souvent un diagnostic « d'évolution ». Celle-ci peut parfois être coupée de rémissions spontanées, prolongées, qui créent un nouvel embarras pour la diagnose et le traitement.

**Difficulté du diagnostic des tumeurs cérébrales à évolution aiguë chez l'enfant.** — MM. Lesné et Cl Launay (Paris). — Ces auteurs attirent l'attention sur une variété évolutive des tumeurs cérébrales : les tumeurs d'évolution clinique très rapide, véritablement aiguë, dont ils ont récemment rapporté un cas avec le D$^r$ Y. Bertrand. Ils insistent sur l'extrême difficulté du diagnostic en pareil cas, surtout chez l'enfant : la confusion est constante avec les encéphalites de l'enfance ; les signes d'hypertension intracranienne peuvent en effet faire défaut, particulièrement dans les tumeurs bulbo-protubérantielles, dont l'observation rapportée par les auteurs est un exemple. Il s'agissait d'un spongioblastome multiforme, variété de tumeur très

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

rare chez l'enfant et dont on connaît l'évolution très maligne.

**Chez l'enfant, l'opération sur les amygdales doit être, de préférence, l'amygdalectomie totale,** par le professeur G. CANUYT (Strasbourg). — L'ablation totale de l'amygdale est l'opération logique et rationnelle chez l'enfant. L'auteur montre que cette intervention repose sur l'étude de l'anatomie, de l'histologie, de la physiologie, de la bactériologie et surtout de l'anatomie pathologique. Le streptocoque et les foyers infectieux peuvent siéger partout, donc l'ablation totale s'impose.

Les résultats obtenus dans les complications les plus fréquentes de l'infection cryptique, les amygdalites aiguës, les adénites cervicales à répétition, la fièvre ganglionnaire montrent la supériorité indiscutable de l'opération totale sur l'opération partielle.

Ces résultats sont constants et durables.

**Un cas de tumeur cervicale extramédullaire (fibrogliome) chez une enfant de neuf ans. Opération,** par MM. WEILL-HALLÉ, PETIT-DUTAILLIS, Mlle CLAIRE VOGT (Paris). — Les tumeurs de la moelle restent rares chez l'enfant. Nous en avons observé un cas chez une fillette de neuf ans, intéressant en raison de sa symptomatologie particulière. Après un début par une période de douleurs radiculaires localisées surtout dans la région nuchale et dans le membre supérieur droit, apparition d'une paraplégie flasque avec troubles discrets de la sensibilité. On constate en outre une atrophie à type Aran-Duchêne de la main droite. Température à 38°. L'ensemble donne l'impression d'une polynévrite infectieuse. Un mois après, paraplégie totale flasque mais s'accompagnant de signes pyramidaux et de reflexes de défense. Atrophie marquée de la main droite, apparition de troubles graves de la sensibilité remontant jusqu'à $D_2$, incontinence des sphincters. Liquide xanthochromique à la ponction lombaire avec dissociation albumino-cytologique. Injection de lipiodol sous-occipital : arrêt du lipodiol avec aspect en dôme en $C_7$.

Intervention : ablation d'une tumeur radiculaire à localisation pré-médullaire au niveau $C_7$-$D_1$. Tumeur bénigne à type de fibro-gliome. On constate déjà une légère rétrocession des troubles cliniques depuis l'intervention.

Julien HUBER.

---

### LE QUATRIÈME CONGRÈS NATIONAL ITALIEN DE LA TUBERCULOSE

*Bologne,* 11-14 *Octobre* 1931.

Le quatrième Congrès national pour la lutte contre la tuberculose, organisé par la Fédération italienne fasciste et réuni à Bologne du 11 au 14 octobre dernier, a été, sous tous les rapports, un éclatant succès. Son organisation matérielle, minutieusement réglée par le secrétaire général de la Fédération, professeur Bocchetti, assisté par le secrétaire général du Congrès, professeur Costantini (de Bologne), avec le concours de toutes les autorités locales n'a laissé absolument rien à désirer. Dans le cadre vaste, magnifique et vénérable que lui offraient les grandes salles du palais d'Accursio, une assemblée de plus de mille médecins, que doublait une assemblée voisine presque aussi importante d'infirmières et d'assistantes sanitaires de la Croix-Rouge italienne (les deux congrès siégeaient simultanément et parallèlement), a pu tenir ses assises sans encombrement et dans l'ordre le plus parfait.

Malgré l'abondance des matières, rien n'a été sacrifié, ni dans l'ordre du jour, ni dans les discussions. Tout les rapports et sous-rapports, luxueusement édités, avaient été distribués avant les débats ; d'importantes publications illustrées y avaient été jointes, résumant l'état actuel de la lutte antituberculeuse en Italie et dans la province de Bologne.

La tenue scientifique ne le cédait en rien à la tenue matérielle. Chacune des questions à l'ordre du jour était traitée par un ou deux rapporteurs généraux, assistés de trois ou quatre co-rapporteurs qui s'étaient partagé l'étude des différents aspects du problème. Ces différents travaux offraient un résumé remarquablement fidèle et très complet de chacune des questions proposées.

Celles-ci étaient, pour le Congrès médical, au nombre de quatre : deux d'ordre médico-social, la tuberculose dans les milieux ruraux en Italie, et les dispensaires antituberculeux en Italie ; deux d'ordre clinique, le début de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte et le pneumothorax bilatéral.

Ces deux derniers ont suscité des discussions fort animées, dans lesquelles se sont affrontées, en ce qui concerne notamment le début de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte, les deux thèses en présence, non sans quelque avantage, semble-t-il, pour les partisans du début hilaire, qui ont trouvé dans le co-rapport du professeur Costantini un brillant protagoniste.

Dans l'impossibilité de signaler ici tout ce qui, au point de vie scientifique, était remarquable dans ce congrès, je ne puis me dispenser de mentionner les rapports principaux présentés par Ottolenghi sur la tuberculose rurale, par Ascoli (de Palerme) sur le pneumothorax bilatéral, et par Morelli sur le dispensaire en Italie, et les co-rapports de Carpi, Mendès et Ronzoni.

Mais ce qui est plus intéressant encore, c'est le spectacle de l'effort ordonné, méthodique et (on peut le dire) formidable que fournit en ce moment l'Italie en matière d'organisation antituberculeuse. Morelli dit dans son rapport que l'Italie est en état de « fermentation créatrice ». Le terme est exact. Cette fermentation n'est pas une ébullition désordonnée : elle prépare et exécute selon un esprit à la fois pratique et réalisateur, qui prétend au maximum de rendement et de prévoyance, dans le minimum de temps et avec un minimum de dépenses.

La promulgation par le Gouvernement fasciste de la loi sur l'Assurance obligatoire contre la tuberculose a eu comme corollaire l'adoption du plan complet qui est actuellement en cours de réalisation.

Au centre, la Caisse nationale, dotée de 500 millions de lires ; dans chaque province le Consortium, organisme ingénieux qui groupe en un front unique et en vue de

## REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

l'œuvre eommune l'administration provineiale, la Cité, les Communes, les organisations hospitalières, toutes les autorités eiviles et religieuses, les médeeins, les grandes entreprises, les industries, la bienfaisance privée, et qui rivalisent partout de générosité et de zèle.

Le résultat : une floraison extraordinaire d'iustitutions de toutes sortes : pour l'hygiène, pour le diagnostic, pour la préservation, pour l'assistance, pour la cure, pour la rééducation, en plaine, à la mer, à la montagne, ete.

Une toute réeeute ehronique du *Paris médical*, rédigée par le Dr Cayrel, qui, en sa qualité de médeein du eonsulat général de France à Milan, connaît les ehoses d'Italie, donne une idée de l'organisation sanatoriale italieune : 10 000 lits existent actuellement ; il y en aura 14 000 en 1931 et 20 000 en 1934. Ce que sont ces établissements, on peut s'en faire une idée au sanatorium de Garbagnate (1 000 lits) à Milan ou au sanatorium Pizzardi à Bologne. Ce sont des modèles : leur tenue est impeeeable ; on y déeouvre mille dispositions ingénieuses pour la simplifieation du travail, l'éeonomie du personnel : on dirait que le fameux secret de l'organisation pratique, que l'on eroyait détenu par les Allemands, est en train d'émigrer en Italie.

A l'occasion du Congrès, la provinee de Bologne a fait éditer et distribuer un luxueux ouvrage où est exposé l'outillage dont elle dispose aetuellement.

Il eomprend tout un réseau de dispensaires, des institutions de eure, de prévention, de vaccination (par le BCG) de puérieulture, ete.

Parmi ces institutions figurent quatre sanatoriums d'importanee diverse, uu institut héliothérapique, un hôpital marin, des eolonies à la montagne ou à la mer et une quantité d'œuvres de toutes sortes, permanentes ou temporaires, dont un certain nombre issues de l'initiative privée, qu'il serait trop long d'énumérer, mais qui donnent l'impression d'une organisation aussi eomplète que méthodique.

Les invités français ont reçu à Bologne l'hospitalité la plus complète et la plus généreuse ; le Bureau de la Fédération nationale faseiste, les autorités locales les ont comblés de prévenances, d'attentions et d'honneurs. Il n'est pas un rapport qui n'ait fait aux travaux français les plus larges emprunts, pas un eollègue italien qui ne nous ait donné les marques de la plus vive et de la plus courtoise sympathie. Mes éminents eompagnons de Bologne, Léon Bernard et Rist, ne me démentiront pas si j'ajoute qu'un voyage en Italie est en ce moment, pour un phtisiologue, une chose aussi profitable qu'agréable et intéressante.

Peut-être en serait-il de même pour tout autre voyageur qui ne serait ni phtisiologue ni médeein, mais qui aurait des yeux pour voir.

F. DUMAREST.

## NOUVELLES

**Le centenaire du professeur Guyon à l'hôpital Necker.** — Après l'Aeadémie de médeeine, l'hôpital Neeker a célébré à son tour le eentenaire de celui qui fut le plus grand ehirurgien de son temps.

C'est, eu effet, dans cet hôpital, où il travailla pendant près de quarante ans, qu'il créa le serviee d'urologie. C'est dans l'amphithéâtre qui porte son nom que quelques-uns des grands noms de la ehirurgie actuelle vinrent lui apporter un hommage de reeonnaissanee.

A cette manifestation, que présidait le professeur Balthazard, doyen de la Faeulté de médeeine, assisté des professeurs Legueu, Quénu, Gosset, Chauffard, Achard, Lenormand, Marion et Grégoire, M. Aehet, inspeeteur principal représentant le Dr Mourier, directeur de l'Assistanee publique, vint apporter l'hommage de l'administration au grand ehirurgien.

Après lui, le professeur Legueu, au nom de la clinique Neeker, fit l'éloge de la vie toute de droiture et d'abnégation du Dr Guyon. Il termina en remerciant M. Philippe Roy, aujourd'hui ministre du Canada à Paris, d'être venu en qualité d'aneieu élève apporter la gratitude du diseiple au maître respecté.

Le professeur Hogge, de l'Université de Liége, rendit hommage, au nom des médeeins étrangers, au maître qui fonda l'urologie, cette entité pédagogique qui depuis 1890 a eonquis droit de eité dans le monde entier.

Prirent ensuite la parole : le professeur Pousson de Bordeaux, au nom des chirurgiens de provinee ; les Drs Pasteau et Miehon, au nom des chefs de clinique et de la Soeiété des ehirurgiens ; le professeur Miraille, directeur de l'Éeole de médeeine de Nantes, et enfin, le professeur Balthazard, qui, parlant au nom de la Faculté de médecine, exalta l'œuvre du professeur Guyon.

A l'issue de cette eommémoration, le professeur Legueu annonça que le ministre des Affaires étrangères avait élevé le profeseur Hogge, de l'Université de Liége, au grade d'offieier de la Légion d'honneur.

**La loi Armbruster.** — L'artiele premier stipule que désormais nul ne pourra exereer la médeeine en France s'il n'est eitoyen ou sujet français ou ressortissant des pays plaeés sous le proteetorat de la Franee. En eonséquenee seront éliminés les originaires des pays placés sous mandat, entre autres eeux des diplômés de Beyrouth qui ne seraient pas citoyens français. Cet article institue en outre, eomme nous le demandions, un « numerus elausus » pour les exeeptions prévues pour les médeeins issus de l'Irak, de la Palestine et de l'Egypte, pays où exercent des médecins français qui conservent leur natioualité ; *une parité devra etre établie entre le nombre de médecins originaires de ces trois puissances venant exercer en France et celui des médecins francais exercant sur leur territoire.*

L'artiele 2 préeise, en ee qui eoneerne la transformation du diplôme d'Université en diplôme d'Etat, que la dispense de scolarité ne pourra jamais dépasser quatre ans, et que, dans tous les eas, le candidat devra repasser les examens d'anatomie, de physiologie et les trois cliniques.

L'artiele 3 stipule quant aux Roumains et aux Mauricieus que seuls, eomme nous le réclamions, dix d'entre eux, au lieu de vingt pour l'ensemble des Faeultés, pourront être autorisés annuellement à soutenir leur thèse

## NOUVELLES *(Suite)*

en vue du diplôme d'Etat. Mais cette faveur ne leur sera accordée que lorsqu'ils auront subi avec succès les épreuves des derniers examens de clinique. Ainsi donc seuls les mieux notés bénéficieront de la faveur de s'installer en France. Enfin le même article indique que tous les étrangers postulant le diplôme d'Etat seront tenus de passer le baccalauréat français et le certificat du P. C. N,

D'autre part, tenant compte de nos réflexions sur la naturalisation, l'article 5 montre que, sauf les rares exceptions prévues à l'article premier, il faudra dorénavant, pour exercer en France, être Français ou naturalisé tel depuis cinq ans. Enfin l'article 7, qui impose le baccalauréat latin-grec pour l'inscription dans les Facultés de médecine, reporte cette obligation à la cinquième année après le vote de la loi : ainsi les lycéens commençant leur quatrième ont le loisir d'opter pour l'étude du grec s'ils se destinent aux études médicales, et aucune protestation ne sera plus possible au sujet de cette juste clause.

Comme nous l'avait officiellement annoncé M. Dentu en terminant son entretien, la loi Armbruster ainsi rectifiée a été discutée le 8 décembre par la Haute Assemblée. Après un exposé du rapporteur et une éloquente intervention du professeur Debierre devant un nombre imposant de sénateurs, tous d'accord sur le fond du débat, le vote a été acquis après une légère modification apportée à l'article 7 ; le baccalauréat latin-grec sera obligatoire six ans après la promulgation de la loi au lieu de cinq ans.

La parole est maintenant à la Chambre des députés.

Serons-nous aussi bien accueillis au Palais-Bourbon qu'au Palais des Médicis ? Ce qui est certain, c'est que la campagne menée contre la pléthore médicale a obtenu des résultats très importants. M. le recteur Charléty, lui aussi, dans un récent discours prononcé lors de la rentrée solennelle des Facultés, n'a pas hésité à fixer l'attention publique sur la gravité de ce problème.

MAURICE MORDAGNE
(*Presse médicale*).

**Leçons du dimanche à l'Hôtel-Dieu (professeur : M. Paul Carnot).** — Ces leçons du dimanche sur des sujets d'actualité médicale auront lieu à l'amphithéâtre Trousseau, à 10 h. 30.

PROGRAMME. — *Dimanche* 10 *janvier* 1932. — Professeur H. HARTMANN, directeur du Centre anticancéreux de l'Hôtel-Dieu : Résultats éloignés du traitement chirurgical du cancer de l'estomac.

*Dimanche* 17 *janvier* 1932. — Dr Halbron, médecin de l'Hôtel-Dieu : Les artérites pulmonaires.

*Dimanche* 24 *janvier* 1932. — Professeur Cunéo, professeur de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu : Les opérations sur les diverticules du duodénum.

*Dimanche* 31 *janvier* 1932. — Dr Sainton, médecin de l'Hôtel-Dieu : Les états intersexuels.

*Dimanche* 7 *février* 1932. — Dr Chabrol, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine : Le traitement des anémies spléniques.

*Dimanche* 14 *février* 1932. — Dr Verne, agrégé : Les cultures des tissus.

*Dimanche* 21 *février* 1932. — Professeur Paul Carnot, professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu : La gastrophotographie.

*Dimanche* 28 *février* 1932. — Professeur A. Baudouin, médecin de l'Hôtel-Dieu : Les paralysies post-sérothérapiques.

*Dimanche* 6 *mars* 1932. — Dr Stéveuin, médecin de l'Hôtel-Dieu : Le diagnostic des formes frustes des maladies de Basedow.

*Dimanche* 13 *mars* 1932. — Dr Harvier, agrégé, médecin de l'hôpital Beaujon : Les immuno-transfusions.

*Dimanche* 20 *mars* 1932. — Dr Henri Bénard, agrégé, médecin de l'hôpital de la Charité : Sinus carotidien et pression sanguine.

**Cours de chirurgie ophtalmologique (Dr Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques).** — Un cours (hors série) d'opérations chirurgicales (*Chirurgie ophtalmologique*), en dix leçons, par MM. les Drs V. Morax, ophtalmologiste honoraire, membre de l'Académie de médecine, Magitot, Bollack et E. Hartmann, ophtalmologistes des hôpitaux, commencera le lundi 4 janvier 1932, à 14 heures, et continuera les jours suivants à la même heure.

Les auditeurs répètent individuellement les opérations sur l'œil humain et l'œil animal.

Droit d'inscription : 350 francs.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Un deuxième cours analogue, en anglais et français, aura lieu fin juin 1932, s'il réunit au minimum de six inscriptions.

**Clinique des maladies du système nerveux (professeur : M. Georges Guillain).** — Durant l'année scolaire 1931-1932, des conférences neurologiques sur des sujets d'actualité seront faites à l'amphithéâtre de la clinique Charcot (hospice de la Salpêtrière), à 10 h. 30, aux dates suivantes :

29 *Janvier* 1932. — Dr Clovis VINCENT : Les méningites séreuses.

26 *Février* 1932. — Dr J. Lhermitte : Les syndromes pseudo-bulbaires.

18 *Mars* 1932. — Dr L. van Bogaert : Les encéphalites des maladies éruptives.

8 *Avril* 1932. — Dr R. Garcin : Les phénomènes crampoïdes au cours de l'encéphalite épidémique.

29 *Avril* 1932. — Dr A. Thomas : Les phénomènes de répercussivité.

3 *Juin* 1932. — Professeur J.-A. Barré : Quelques faits nouveaux cliniques et thérapeutiques sur les paralysies faciales.

24 *Juin* 1932. — Dr A. Souques : Les connaissances neurologiques de Galien.

## NOUVELLES *(Suite)*

**Conférences de clinique médicale pratique (Clinique médicale de l'hôpital Cochin; professeur : M. Achard).** — M. Louis RAMOND, médecin de l'hôpital Laennec, fera tous les dimanches matin, à 10 h. 30, à la Clinique médicale Cochin (amphithéâtre Dieulafoy), une conférence de clinique médicale pratique.

La première conférence aura lieu le dimanche 10 janvier 1932. Elle aura pour sujet : Les pleurésues chyliformes.

**Thèses de la Faculté de médecine de Paris.** — 6 *Janvier*. — M. DE LA ROCHA, Le rôle de l'augmentation anormale de la pression moyenne dynamique dans la genèse de l'hypertrophie cardiaque. — Mlle J. LE GOFF, Contribution à l'étude de la mortalité des nouveau-nés, dans les dix premiers jours de la vie. — M. LOUIS DÉSORMEAUX, Des luxations acromio-claviculaires, contribution à l'étude de leur traitement.

7 *Janvier*. — M. ELIAS SEMAH SHALOM, L'éther benzyl cinnamique (solution Jacobson) dans le traitement du trachome. — M. HADJI MANDI, Les travaux récents sur les résections précoces sous-périostées au cours des ostéomyélites aiguës de l'enfance et de l'adolescence.

**Thèses vétérinaires.** — 7 *Janvier*. — M. BONNET, Virulence du sang dans la fièvre aphteuse. — M. CARPENTIER, Les services vétérinaires en Perse.

### *MÉMENTO CHRONOLOGIQUE*

28 DÉCEMBRE. — *Nancy*. Concours de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Besançon.

29 DÉCEMBRE. — *Paris*. Assistance publique. Clôture du registre d'inscription pour le concours d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris.

31 DÉCEMBRE. — *Turin*. Académie royale de médecine. Clôture de réception des envois pour le prix Ribière (écrire à M. Boffio).

31 DÉCEMBRE. — *Paris*. Société des chirurgiens de Paris. Dernier délai d'envoi des manuscrits pour les prix de la Société des chirurgiens de Paris. (Envois à faire à M. le Dr Buizard, 3, rue La Trémoille).

4 JANVIER. — *Paris*. Préfecture de la Seine (Assistance départementale, 3e bureau, annexe Lobau, escalier A, 2e étage). Ouverture du registre d'inscription pour le concours de l'internat en médecine de l'hospice Paul-Brousse.

4 JANVIER. — *Paris*. Assistance publique, 14 h. 30. Répartition dans les services des casernes de 6e et 5e année.

5 JANVIER. — *Paris*. Assistance publique, 14 h. 30. Répartition dans les services des externes de 4e année

6 JANVIER. — *Paris*. Assistance publique, 14 h. 30. Répartition dans les services des externes de 3e année.

7 JANVIER. — *Paris*. Préfecture de la Seine. Concours des internes en pharmacie des Asiles de la Seine, de l'hôpital Henri-Rousselle et de l'hospice Paul-Brousse.

7 JANVIER. — *Paris*. Préfecture de la Seine. Concours de l'internat en pharmacie des asiles d'aliénés de la Seine, de l'hôpital Henri-Rousselle, de l'hospice Paul Brousse.

8 JANVIER. — *Paris*. Assistance publique, 14 h. 15 Répartition dans les services des externes de 2e année.

9 JANVIER. — *Nantes*. Dernier délai d'inscription pour le concours de professeur suppléant de la chaire de bactériologie, d'hygiène et de médecine expérimentale à l'École de médecine de Nantes.

10 JANVIER. — *Le Mans*. Clôture des candidatures au poste de médecin du dispensaire d'hygiène sociale de la Sarthe.

11 JANVIER. — *Paris*. Assistance publique. Concours d'électroradiologiste des hôpitaux de Paris.

11 JANVIER. — *Paris*. Assistance publique, 14 heures. Répartition dans les services des externes de 1re année.

11 JANVIER. — *Nancy*. Concours de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Besançon.

11 JANVIER. — *Paris*. Assistance publique. Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux de Paris.

12 JANVIER. — Clôture des candidatures au poste de médecin du dispensaire d'hygiène sociale des Pyrénées-Orientales.

13 JANVIER. — *Paris-Lyon*. Concours d'infirmières des hôpitaux militaires.

14 JANVIER. — *Paris*. Société végétarienne de France (mairie du VIe), 20 h. 30. M. J. MORAND : Pourquoi végétarisme? — M. le Dr CHAVANON : Comment prévenir et comment guérir la diphtérie.

15 JANVIER. — *Rouen*. Dernier délai d'inscription des candidats au concours de pharmacien des hôpitaux de Rouen.

19 JANVIER. — *Paris*. Assistance publique. Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris.

## DERNIÈRES NOUVELLES

### Nécrologie

Le Dr C. Soret, ancien chef du service de radiologie des hôpitaux du Hâvre, décédé à Nice. — Le Dr Victor Frémont (de Vichy). — Le Dr Adrien Veillon, médecin chef de l'hôpital de l'Institut Pasteur, officier de la Légion d'honneur. — Le Dr James A. Adams (de Glasgow), décédé à l'âge de 80 ans, appartenant à une famille ne comptant pas moins de 16 médecins. Il laisse un fils médecin. — Madame André Wigniolle, femme de M. le Dr André Wigniolle, médecin assistant du sanatorium de Trespoey à Pau, belle-fille de M. le Dr Arthur Wigniolle, médecin chef honoraire de l'Hôtel-Dieu de Douai. — Madame Emile Paravey, veuve du Dr Maurice Reynaud. — Madame Denizet, veuve du Dr Denizet. — Madame Jules Lemaire, femme de M. le Dr Jules Lemaire. — M. André Valluaud, beau-père de M. le Dr Gillard. — Le Dr Joseph Michoud (d'Entraigues, Ardèche). — M. Eugène Cosserat, professeur à la Faculté des sciences de Toulouse, père de M. le Dr Cosserat (de Cauterets). — Le Dr Aubrée (d'Avranches), décédé à l'âge de 63 ans. — Le Dr Eugène Baude (de Douai). — Le Dr Louis Caminade (de Paris), décédé à l'âge de 61 ans. — Le Dr Léon Célice (de Dun-sur-Meuse), décédé à l'âge de 85 ans. — Le Dr Hector Dewingle (d'Haussy, Nord). — Le Dr Lucien Gastel (de Fougères). — Le Dr Héry (de Montpont-en-Bresse). — Le Dr Kahn (de Paris), décédé dans sa 75e année. — Le Dr Charles Kuhlmann (de Mutzig). — Le Dr Lacombe (d'Ussel, Corrèze). — M. Armand Béraud, père de M. le Dr Armand Béraud, décoré de la Croix de guerre, à qui nous exprimons nos sincères condoléances. — M. Henri Ribadeau-Dumas, docteur en droit, avocat à la Cour d'appel de Paris, conseil juridique de l'Association de la Presse médicale. Nous adressons nos respectueuses condoléances à Madame Henri Ribadeau-Dumas et nos douloureuses sympathies à son père, M. Louis Ribadeau-Dumas. — Le Dr Poreaux (de Saint-Quentin). — Madame Charles Bouchard, veuve du Pr Charles Bouchard, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, tante de M. le Dr Robert Pierret, médecin consultant à La Bourboule. Nous lui adressons l'expression de notre douloureuse sympathie.

### Mariages

M. le Dr François Guibout (de Flers) et Mlle Madeleine Lion. — M. le Dr Pierre Van Nypelseer et Mlle Mony Claes. — Mlle Anne Ménard, fille de M. le Dr Ménard (de Lamalou), et M. Raymond Rousseau, médaillé militaire, Croix de guerre.

### Fiançailles

M. le Dr André Josset et Mlle Jacqueline Wingrove.

### Hôpitaux de Paris

**Concours de l'internat en médecine des hôpitaux.** — *Pathologie chirurgicale.* — Séance du 26 juin. — Question donnée : « Signes et diagnostic des fractures fermées de l'extrémité inférieure du radius ».

**Concours de prosecteur des hôpitaux.** — *Epreuve écrite.* — Séance du 24 juin. — Question donnée : « Les pancréatites aiguës ».

*Lecture des copies.* — Séance du 25 juin. — MM. Funck, 27; Couvelaire, 28; Lecœur, 27; Cordier, 27; Dessaint, 27.

*Médecine opératoire.* — Séance du 26 juin. — Questions données : « Ligature de l'artère humérale au pli du coude - Désarticulation du médius et de son métacarpien ». — MM. Cordier, 27; Lecœur, 27; Dessaint, 28; Funck, 28; Couvelaire, 26.

# DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

Sont déclarés admissibles aux épreuves définitives : MM. Funck, Dessaint, Cordier, Lecœur.

## Collège de France

La chaire d'histoire du travail au Collège de France est déclarée vacante.

Un délai d'un mois à dater du 25 juin est accordé aux candidats pour adresser à l'administration du Collège de France leur déclaration de candidature et l'exposé de leurs titres.

## Faculté de médecine de Paris

M. Laignel-Lavastine, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé, à compter du 1er octobre 1931, professeur d'histoire de la médecine et de la chirurgie à ladite Faculté (dernier titulaire : M. Ménétrier).

## Faculté de médecine de Montpellier

M. Vires, professeur de thérapeutique et matière médicale à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, est nommé, à compter du 1er octobre 1931, professeur de pathologie médicale et clinique propédeutique à ladite Faculté (dernier titulaire : M. Vedel, décédé).

## Faculté de médecine de Nancy

M. Vuillemin, ancien professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, est nommé professeur honoraire de ladite Faculté.

## Faculté de médecine de Lyon

**Certificat de microbiologie**. — Ont obtenu le certificat de microbiologie :

Avec la *mention très bien :* MM. Cosset, Couture, Henry, Magnard, Perrot, Ramnoux, Robin, Zeude.

Avec la *mention bien :* MM. Anstett, Cousty, Debergue, Froment, Georges Goy, Jacowsky, Lautrette, Mathey, Nordmann, Prade, Rivière, Siffre, Zabih, Ghordban.

Avec la *mention assez-bien :* MM. Buresti, Boyer, Chimi, Delrous, Escot, Floris, Fermain, Humilien, Lardy, de Lestrade, Marret, Massonie, Partensky, Prieur, Roland, Reilles, Suard, Vanhems, Vastenberghe, Mme Vanstenberghe, MM. Verbède, Veyre, Winckelcamplo, Weigert.

Avec la *mention passable :* MM. Bascou, Brochier, Escoubis, Frezouls, Meyrand, Poisson, Robion.

## Faculté de médecine de Bordeaux

Après lecture des rapports de M. le Pr Auché et de M. le Pr Sabrazès, M. E. Leuret, professeur sans chaire à la Faculté de médecine de Bordeaux a été proposé en première ligne. M. le Pr agrégé F. Piéchaud, en deuxième ligne, pour la chaire d'hygiène de la Faculté, en remplacement de M. Auché, nommé professeur honoraire.

## Hôpitaux de Toulouse

Le concours de chirurgien accoucheur adjoint des hôpitaux se termine par la nomination de M. Estienny.

## Hôpitaux d'Alger

Après concours, M. le Dr Sabadini a été nommé chirurgien des hôpitaux.

## Hôpitaux de Tours

Le Dr Jean Parisot a été nommé médecin adjoint des services de médecine générale et le Dr Joseph Tétau, médecin adjoint du service de dermato-syphiligraphie.

## Hospice J.-B. Thierry à Maxéville

**Concours pour un médecin neurologiste.** — Un concours sur titres est ouvert à la préfecture de Meurthe-et-Moselle pour la désignation d'un médecin neurologiste à l'hospice départemental J.-B. Thierry à Maxéville.

Les candidats devront faire parvenir, à la Préfecture (2e division), avant le 25 juillet 1931, et établie en 4 exemplaires, copie certifiée conforme de leurs titres, et toutes pièces qu'ils jugeront opportun de produire à l'appui de leur candidature.

Les candidats qui désireront obtenir des renseignements complémentaires devront s'adresser à la Préfecture (2e division).

## Asiles d'aliénés

Un poste de médecin-chef à l'asile public d'aliénés de Stephansfeld (Bas-Rhin) est vacant par suite de

# DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

la nomination du titulaire actuel dans un autre poste.

Le poste de médecin-directeur à l'asile public départemental d'aliénés de Saint-Lizier (Ariège) est vacant par suite de la nomination du titulaire actuel à un autre poste.

Le poste de médecin chef de service à l'asile Sainte-Marie-de-Privas, asile privé faisant fonction d'asile public d'aliénés, est vacant par suite du décès de M. le Dr Dupin.

## Conseil supérieur de l'Assistance publique

Feront partie du conseil supérieur de l'assistance :

1° Comme membre de droit : le président de l'association nationale des maires de France ;

2° Comme membres désignés par arrêté du ministre de la santé publique;

Deux anciens directeurs de l'hygiène et de l'assistance;

Un directeur administratif des asiles publics d'aliénés. (*Journal officiel* du 14 juin 1931).

## Médecin de l'état civil

M. Desfarges est nommé médecin de l'état civil du 7e arrondissement,

## Conservatoire national des Arts et Métiers

Il est créé des bourses de recherches au laboratoire de la chaire de physiologie du travail, hygiène industrielle et d'orientation professionnelle du Conservatoire national des Arts et Métiers.

Ces bourses sont attribuées par le Conseil d'administration du Conservatoire sur la proposition du professeur intéressé. Elle ne pourront dépasser 12.000 francs.

## Légion d'honneur

Sont nommés :

*Au grade d'officier :* MM. Potel, médecin colonel; Dubat, Dornier, Marchetti, médecins lieutenants-colonels; Giguet, Delahousse, Malmonte, Sidenaler, médecins commandants.

*Au grade de chevalier :* MM. Remontet, Vauchez, Carrosse, Vandembeusche, Gautrot, Tondeur, Chantriot, Dalbera, Dumalle, Boyé, Farinaud, Cudenet, médecins capitaines; M. le Dr Salvador Pascual, de Madrid, chef des services d'urologie de l'hôpital San-José et Sainte-Adela.

## Médaille d'honneur des épidémies

*Médaille d'or.* — M. Sicault, médecin de la section de prophylaxie générale à Rabat.

## Médaille d'honneur pour acte de courage et de dévouement

*Médaille d'or à titre posthume.* — M. André, à Montmorillon (Vienne).

## Union internationale contre la Tuberculose

Le Dr Amans Gaussel, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier vient d'être élu membre titulaire de cette union.

## Inauguration d'un sanatorium à Séricourt

Le vendredi 12 juin le sanatorium de Séricourt (Seine-et-Marne) a été inauguré en présence de M. Blaisot, ministre de la santé publique. Le Pr Léon Bernard assistait à la cérémonie.

## Service de Santé de la marine

Le médecin principal Goéré, de Brest, vient d'être nommé médecin spécialiste des hôpitaux maritimes, branche dermo-vénéréologique.

## Statue de Morgagni

Une statue a été élevée le 29 mai à Forli en l'honneur de Morgagni. Des fêtes particulièrement brillantes ont eu lieu à cette occasion.

## IXe Congrès international d'histoire de la médecine

Ce Congrès se tiendra à Bucarest en septembre prochain.

## Les médecins de Toulouse à Paris

Le mercredi 19 juin a eu lieu le dernier dîner de la saison de la S. A. M. T. P. Quoique le nombre des convives ne fut pas aussi élevé que dans les réunions précédentes (en effet beaucoup de membres de la Société, médecins de villes d'eaux avaient regagné leur poste respectif), l'entrain le plus vif n'a cessé de régner pendant toute la soirée.

Etaient présents : les Drs P.-A. Digeon, Dartigues, Astie, Constantin, Privat, Groc, Levy-Lebhar, Faulong, Foures, d'Ayrenx, Clavel, Roule, Vasselin, Bourguet, Mont-Refet, Queriaud, Crinon, Mazet,




# DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

Duraud, Delater, Montagne, Bory, Doazan. S'étaient excusés, les Drs Cambies, Calvet, Cany, Malavialle, Lassance, Flurin, Thomas, Reygasse, Estrabaut, Esclavissat, Delherm. A l'heure des toasts, le Dr Constantin, qui a fait cet hiver un long voyage sur la Côte occidentale de l'A. O. F. et dans l'intérieur du Dahomey, relata les principaux épisodes de sa longue randonnée; il intéressa très vivement tout l'auditoire et orienta la conversation générale sur le sort des médecins coloniaux; les Drs Astie, Crinon et le Pr Roule contribuèrent à mettre au point cette question si importante pour l'avenir social et économique de nos possessions d'Outre-mer. La soirée se prolongea fort tard et l'on se sépara avec regret et en se donnant rendez-vous pour le début du mois d'octobre prochain.

## Association française pour l'avancement des sciences

**Congrès de Nancy (1931).** — L'Association française pour l'avancement des sciences tiendra son prochain Congrès à Nancy, du 20 au 26 juillet 1931.

La XIIe section (sciences médicales), est présidée par le Pr Etienne.

En pathologie médicale les quatre questions suivantes sont à l'étude:

1° Intervention dans les abcès du poumon;

2° L'équilibre acido-basique en pathologie;

3° Météoro-pathologie. Intervention des conditions météorologiques dans certaines manifestation pathologiques;

4° La syphilis dans la pathologie endocrinienne.

En dehors de ces quatre questions, toutes autres communications d'ordre médical ou para-médical pourront être présentées et discutées.

Les médecins de Nancy et de la région lorraine sont invités à assister aux séances et à y participer. Ceux d'entre eux qui désirent prendre part aux manifestations organisées en l'honneur du Congrès et profiter des avantages accordés aux membres de l'Association française pour l'avancement des sciences sont priés d'envoyer leur adhésion au Secrétariat général : 28, rue Serpente, à Paris, ou au Secrétariat du Comité local de préparation du Congrès, à Nancy : 96, rue de Strasbourg (cotisation : 30 fr.; droit d'entrée : 10 fr.).

On est prié de faire connaître le plus tôt possible, au Secrétariat du Comité local, 96, rue de Strasbourg, à Nancy, si vous avez l'intention d'assister au Congrès, et de nous adresser en même temps le titre exact des communications que vous auriez l'intention de présenter. Le règlement limite à 3 pages des comptes rendus la place totale disponible pour chaque auteur ou groupe d'auteurs.

## Concours pour un emploi de professeur suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon

Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts en date du 24 juin 1931, un concours pour un emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon s'ouvrira le lundi 28 décembre 1931 devant la Faculté de médecine de Nancy.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

## 31e Congrès français d'urologie

Le XXXIe Congrès de l'Association française d'urologie s'ouvrira à Paris à la Faculté de médecine le mardi 6 octobre 1931 sous la présidence de M. Gauthier (de Lyon).

Voici la question à l'ordre de jour : l'acidose rénale. Rapporteurs : MM. Chabanier (Paris) et Lobo-Onell (Santiago du Chili).

Secrétaire général : M. le Dr Pasteau, 13, avenue de Villars, Paris VIIe.

## Loi Armbruster modifiant la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine

On sait que le Sénat a déjà voté, en première lecture, le principe de la loi Armbruster.

Nous publions la proposition supplémentaire formulée au nom de la Commission d'enseignement du Sénat par M. Dentu et qui doit être discutée dans quelques jours devant la Haute Assemblée.

« **Proposition de loi.** — Art. 1. — Nul ne peut exercer la médecine en France, s'il n'est :

1° Citoyen ou sujet français, ou ressortissant des pays placés sous le protectorat de la France;

## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

Muni du diplôme d'Etat de docteur en médecine.

Toutefois, les pays étrangers, où les médecins de nationalité française sont autorisés à exercer la médecine, pourront demander au Gouvernement français des conventions diplomatiques dispensant, en certains cas, de la naturalisation française.

« Art. 2. — Les titulaires d'un diplôme étranger de docteur en médecine, qui postuleront le doctorat d'Etat français devront justifier des titres initiaux requis pour s'inscrire au diplôme, du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles et subir les examens probatoires.

Ils ne pourront, en aucun cas, obtenir des dispenses de scolarité de plus de trois années.

Les étrangers, munis du diplôme d'Université français, mention médecine, seront astreints aux mêmes conditions sauf en ce qui concerne la scolarité et les examens.

Pour eux, la dispense de scolarité pourra être étendue à quatre ans; de même, des dispenses d'examens pourront leur être accordées sans toutefois qu'en aucun cas elles portent sur l'anatomie, la physiologie et les cliniques.

« Art. 3.— Il ne sera accordé aux étudiants étrangers, postulant le diplôme d'Etat de docteur en médecine, aucune dispense d'examens de scolarité, en vue de leur inscription dans les Facultés et Ecole de médecine, quelle soit la durée des études faites par eux à l'étranger.

Toutefois, en vertu des coutumes traditionnelles établies entre la France et la Roumanie depuis un demi-siècle, vingt places d'étudiants roumains, dans les Universités françaises, seront mises au concours chaque année, à condition que ces étudiants débutent, pendant deux semestres au moins, dans une Université de province pour venir ensuite, s'ils le désirent, terminer leurs études à Paris.

« Art. 4. — Les diplômes de tous les docteurs en médecine, exerçant actuellement en France, devront être vérifiés et authentiqués dans un délai de trois mois.

« Art. 5.— Les fonctions de médecin et expert des tribunaux et toutes les fonctions publiques données au concours ou sur titres, ne pourront être remplies que par des docteurs en médecine français ou naturalisés tels, depuis cinq ans.

« Art. 6.— La naturalisation française ne sera pas exigée des médecins exerçant régulièrement leur profession en France, le jour de la promulgation de la loi ou qui seront alors munis du diplôme d'Etat de docteur en médecine ou des étudiants qui seront en cours régulier d'études en vue de ce diplôme.

« Art. 7. — Trois ans après la promulgation de la présente loi, nul ne pourra prendre d'inscriptions dans une Faculté de médecine, s'il n'est pourvu du baccalauréat de l'enseignement classique latin-grec.

Dans certaines Universités de province qui ont des Facultés ou des Ecoles de médecine, seront institués des cours de latin et de grec destinés à conduire au baccalauréat latin-grec les étudiants du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, qui n'en seraient pas pourvus.

« Art. 8. — Sont et demeurent abrogées toutes les dispositions antérieures, en particulier celles de la loi du 30 novembre 1892, qui sont contraires aux dispositions de la présente loi ».

* * *

Nous croyons devoir faire suivre le texte de cette proposition de loi de quelques remarques: car elle est susceptible de provoquer quelqu'émotion parmi les médecins et aussi parmi les jeunes gens se destinant à la médecine.

1° L'article 1er (qui est celui du projet Armbruster) donne toutes satisfactions au Corps médical pour le garantir contre l'immigration, véritablement excessive, des médecins étrangers.

Il en est de même de l'article 2.

2° L'article 3 cherche à résoudre, dans une pensée particulièrement amicale pour la Roumanie, la question des étudiants roumains qui est à l'origine même de la campagne contre l'envahissement des étrangers. Mais la solution proposée paraît heureusement améliorée par une solution un peu différente proposée par la Commission de l'Académie de médecine.

Dans le projet du Sénat, on admet que 20 places d'étudiants roumains dans les Universités françaises seront « mises au concours chaque année à condition que ces étudiants débutent, pendant deux semestres au moins, dans une Université de province, pour venir ensuite, s'ils le désirent, terminer leurs études à Paris ».




## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

Ce texte prête le flanc à quelques critiques :

En effet, il n'y a aucune raison pour autoriser les étudiants roumains à faire leurs débuts en province et non à Paris. Pour les meilleurs, désireux de préparer les concours de l'externat, puis de l'internat parisiens (comme tant d'autres médecins roumains qui occupent actuellement en Roumanie une place prépondérante) cette voie leur serait injustement interdite.

Si c'est seulement pour ne pas surcharger la Faculté de Paris, elle n'en est pas à vingt étudiants près...

La Commission nommée par l'Académie de médecine pour étudier la question de la pléthore médicale, en plein accord et en pleine confiance avec nos collègues roumains, demande une légère modifition à ce texte : tous les étudiants étrangers seraient admis au diplôme d'Université qui ne donne pas le droit d'exercer la médecine en France : mais, *en fin d'études,* par une sorte de sélection, une Commission universitaire désignerait quelques étudiants étrangers (dont le nombre ne dépasserait pas 20), suivant les notes de leur dossier scolaire, pour lesquels le diplôme d'Université serait transformé en diplôme d'Etat

Ce texte qui conserve, en le limitant, le privilège roumain, paraît préférable à celui soumis au Sénat parce que la sélection se ferait *en fin d'études,* et parce que le nombre des exceptions serait limité à quelques sujets d'élite.

A un tout autre point de vue, l'article 7 attire les critiques : on y demande que, 3 ans après la promulgation de la loi et pour tous les étudiants, le diplôme de baccalauréat latin-grec soit exigé pour les études médicales conduisant au doctorat d'Etat.

Or cette exigence *va à l'encontre de tous les progrès scientifiques de la médecine :* il est, aujourd'hui, autrement utile, pour le médecin, d'avoir une culture scientifique qu'une culture de grec.

De plus, le nombre des élèves des lycées ayant suivi les sections latin-grec est actuellement infime : ceux qui, parmi eux, se destinent à la médecine ne suffiraient pas à assurer le recrutement des médecins.

Cet article lèserait gravement une série de jeunes gens actuellement au lycée dans des sections scientifiques qui ont le droit de compter sur les prérogatives actuelles de tous les diplômes de baccalauréat qu'ils postulent.

Quant aux cours de grec installés près les Facultés de province, nos étudiants ont vraiment des connaissances autrement utiles à acquérir avant de soigner efficacement leurs malades ..

La carrière médicale n'est pas destinée à assurer le recrutement, de plus en plus limité, des classes du grec des lycées : elle a déjà bien trop, avec le P. C. N., d'assure la vie de certaines Facultés de sciences.

P. C.

---

*Le gérant :* J.-B. BAILLIÈRE

## DERNIÈRES NOUVELLES

### Nécrologie

Madame Gustave David, mère de M. le Dr Charles David. — M. Couraud, père de M. le Dr Couraud, médecin principal, chirurgien de la marine à Toulon. — Le Pr Kitasato, professeur émérite à l'Université de Tokio, membre de l'Académie du Japon, associé étranger de l'Académie de médecine — Mlle la doctoresse Justine Lévy (de Paris). — Madame Butruille, mère de M. le Dr Achille Butruille. — Le Dr Marcel Paquet, radiographe belge. — Le Dr Lortat-Jacob, médecin de l'hôpital Saint-Louis, officier de la Légion d'honneur, beau-père de M. le Dr Hallez. Nous adressons à Madame Lortat-Jacob, à sa famille et en particulier à son fils et au Dr Hallez l'assurance de notre douloureuse sympathie. — Madame Gabriel Perrin, femme de M. le Dr Gabriel Perrin. — Le Dr Emile Macon, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Laon, chevalier de la Légion d'honneur. — M. P.-J. Assoignion, beau-père de M. le Dr Vullien, médecin chef de la clinique d'Esquermes. — Madame Elie Guiraud, mère de M. le Dr Paul Guiraud, médecin en chef des asiles de la Seine. — Le Dr Vallais, chirurgien en chef de l'hôpital de Granville, chevalier de Légion d'honneur. — Le Dr Jules Poreaux, père de M. le Dr Jacques Poreaux. — Madame Lidia Giordano-Vola, femme de M. le Pr Giordano, chirurgien de l'hôpital civil de Venise, sénateur du Royaume d'Italie, à qui nous exprimons nos sentiments de douloureuse sympathie. — Le Dr Nestor Deroite (de Huy), chevalier de l'ordre de Léopold, officier de l'ordre de la Couronne, décoré de la Croix civique. — Le Dr Marcel Paquet, décédé à l'âge de 40 ans, trésorier de la Société belge de radiologie.

### Mariages

M. le Dr Oscar Gorlia (de Ath, Belgique) et Mlle Lucie Luyckx. — M. le Dr Rogin et Mlle Geneviève Chabaud. — M. André Buffon, fils de M. le Dr Buffon, et Mlle Marie-Germaine Valton.

### Fiançailles

Mlle Nicole Aumont, fille du Dr Fernand Aumont, décédé, et M. Maurice Siot-Decauville. — Mlle Suzanne de Lavedan de Casauban et M. le Dr Pierre-Henri Codet. — Mlle Nicolle Hallé, fille de M. le Dr Hallé, médecin des hôpitaux de Paris, et M. Sacha Donon. — M. le Dr A. Souris (de Nandrin, Belgique) et Mlle Gilberte Dombrez.

### Facultés de médecine

**L'inscription des étudiants roumains dans les Facultés de médecine.** — Le ministre de l'Instruction publique vient de décider que désormais les étudiants roumains, non munis des titres initiaux français requis pour l'inscription au diplôme d'Etat de docteur en médecine, ne pourraient plus être autorisés à postuler ce diplôme et devraient s'inscrire au diplôme d'université correspondant.

Toutefois, chaque année, un nombre restreint et limité d'étudiants roumains inscrits pour le diplôme de docteur d'université, mention médecine, pourront en fin de scolarité être autorisés à soutenir leur thèse au titre d'Etat, après avis d'une Commission spéciale.

Ainsi, les médecins français reçoivent immédiatement satisfaction pour un des vœux auxquels ils tenaient le plus, en attendant le vote de la proposition Armbruster dont le texte a été modifié en accord avec le ministre de l'Instruction publique et les deux Commissions sénatoriales de l'enseignement et des affaires étrangères.

### Faculté de médecine de Paris

**Certificat d'études préparatoires de radiologie et d'é-**

# DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

lectrologie médieales.— Un arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts en date du 3 juillet 1931 a réglementé les conditions d'obtention du certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales et du diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris.

**Création d'un emploi d'assistant** (*décret du 2 juillet 1931*). — Il est créé, à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, un emploi d'assistant (budget de l'Université, institut de cancer).

Les dépenses résultant de cette création seront assurées par la fondation pour le développement de l'institut du cancer.

Au cas où cet établissement cesserait de faire face à ces dépenses, l'emploi serait supprimé.

Le nombre des emplois d'assistants de l'Université de Paris rémunérés sur les fonds propres de l'Université est fixé à 12.

## Faculté de médecine de Lille

M. le Dr Bertin, agrégé, est nommé professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Lille.

## Faculté de médecine de Lyon

M. Courmont, professeur d'hygiène à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, est nommé, à compter du 1er octobre 1931, professeur de clinique et de prophylaxie de la tuberculose à ladite Faculté (chaire nouvelle).

## Ecole de médecine de Besançon

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon s'ouvrira le lundi 28 décembre 1931, devant la Faculté de médecine de Nancy.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

## Hôpitaux d'Alger

M. le Dr Tiodet est nommé médecin des hôpitaux d'Alger.

M. le Dr Léon Sabadini est nommé chirurgien des hôpitaux d'Alger.

## Médecins phtisiologues

Un nouveau concours sur titre est ouvert pour la nomination de médecins phtisiologues aux sanatoriums de la Renaissance sanitaire de Villiers-par-Charly (Aisne) et de la Musse, à Arnières près d'Evreux (Eure).

Les traitements, suivant les classes, varient de 30.000 francs (médecins de 4e classe) à 65.000 francs (médecins de 1re classe).

Les médecins bénéficient, en outre, des autres avantages en nature accordés aux médecins de sanatoriums publics : logement, éclairage, chauffage, blanchissage et auront la facilité de bénéficier, à titre onéreux, pour eux et leur famille, du ravitaillement de l'établissement.

Adresser les demandes de renseignements et d'inscriptions à M. Chipot, secrétaire générale de la Renaissance sanitaire, 23, rue du Renard, Paris 4e.

## Création d'un dispensaire à Vitry

Sur la proposition de M. Marie, le conseil général de la Seine vient de prononcer le renvoi à la 3e Commission et à l'Administration de la délibération suivante :

« Artiele premier. — M. le Préfet de la Seine est invité à compléter le plan d'organisation des dispensaires à l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine par la création d'un dispensaire nouveau à Vitry-sur-Seine.

« Art. 2. — Le dispensaire de Choisy-le-Roi qui dessert actuellement la commune de Vitry sera maintenu. Sa circonscription ne comprendra plus que les communes de Choisy, Orly et Thiais.

« Art. 3. — L'aménagement et l'installation de ce dispensaire seront à la charge du département de la Seine. Sa gestion sera assurée par l'Office public d'hygiène sociale ».

## Marine marchande

Liste des candidats reconnus aptes à exercer les fonctions de médecin sanitaire maritime :

*Examen des 22 et 23 juin 1931* (session de Paris). — MM. André, Baissette, Beitz, Benardeau, Bercher, Boulaud, Champsaur, Chaput, Chaussidière, Cros, Escaravage, Falcoz, Favre, Gibert, Gingold,

## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

Granet, Hemon, Huet, Kahn, Lebental, Lefèvre, Lenfant, Mollaret, Mougin, Nois, Noix, Pannier, Petit, Prunier, Renaudin, Renault, Rey, Rousseau, Sabatier, Tanguy, Tyrode, Vaissière, Wermeille.

### Cours de perfectionnement sur les maladies des voies urinaires (amphithéâtre d'anatomie de hôpitaux)

En liaison avec le cours de perfectionnement des maladies des voies urinaires fait par M. le Dr Maurice Chevassu à l'hôpital Cochin (pavillon Albarran), M le Dr Raymond Leibovici, chirurgien des hôpitaux, fera un cours de chirurgie des voies urinaires en six leçons à l'Amphithéâere d'anatomie.

Ce cours annoncé pour le 6 juillet, est reporté au 20 juillet, à 16 heures.

Prix du cours : 200 francs.

Les inscriptions devront être prises à l'amphithéâtre, 17, rue du Fer-à-Monlin.

### Médaille d'honneur des épidémies

La médaille d'honneur des épidémies en or a été décernée à M. Sicault (Georges) médecin de la section de prophylaxie générale de Rabat, pour maladie très grave contractée dans le service.

### Association internationale des femmes médecins

Le prochain congrès de l'Association internationale des femmes médeeins aura lieu à Vienne (Autriche), du 15 au 22 septembre 1931 et sera suivi d'une réception à Budapest.

Pour prendre part au Congrès (droit d'inscription: 30 francs) et pour renseignements, s'adresser au bureau de l'Association internationale des femmes médecins, Elysée Building, 56, rue du Faubourg Saint-Honoré. Les chemins de fer français accorderont des billets à demi-tarif.

### Commission des sérums et vaccins

M. le Dr Lucien Camus, membre de l'Académie de médecine, a été nommé membre de la Commission des sérums et vaccins, en remplacement de M. le Dr Netter, nommé membre honoraire.

### Remise d'une médaille à M. Récamier

Il y a quelques jours, à l'hôpital Saint-Michel, sous la présidence de M. Bourdel, qu'entouraient MM. Charcot, membre de l'Institut, le Pr Jean-Louis Faure, MM. Lebret, Petit-Dutaillis, Bonnet-Roy, Pauchet, et en présenee d'une nombreuse assistance dans laquelle on remarquait S. M. la reine Amélie de Portugal, MM. les Prs Chauffard, Brindeau, etc., avait lieu dans une réunion particulièrement cordiale la remise à M. Récamier de sa médaille, œuvre du seulpteur Thénot.

Cette cérémonie, qui fut à la fois simple et fort émouvante, fut ouverte par M. Bourdel qui, dans une allocution vivement applaudie par toute l'assistance, retraça l'histoire de l'hôpital Saint-Michel dont l'important développement fut assuré grâce au dévouement du Dr Récamier et de sa famille.

### Hommage au Dr Chompret

Au moment où M. Chompret va quitter la Consultation de stomatologie de l'hôpital Saint-Louis, ses collègues, ses élèves et ses amis désirent lui offrir une médaille en témoignage de leur affection et de leur reconnaissance. Ils font appel à tous ceux qui auront à cœur de se joindre à eux pour rendre hommage à leur ami et à leur maître.

Les souscriptions sont dès maintenant reçues chez MM. Masson, et Cie, trésoriers, boulevard Saint-Germain, 120, Paris (6e).

La souscription de 100 francs donne droit à la médaille du Dr Chompret.

### Hommage à Louis Bard

Un médaillon représentant le Pr Louis Bard, qui a enseigné, pendant vingt ans, la clinique médicale à la Faculté de Genève, a été placé dans l'Auditoire de médecine de l'hôpital cantonal. Ce médaillon est l'œuvre du sculpteur Anart. Le Pr Roch, successeur du maître lyonnais dans sa chaire de clinique, a rappelé ses éminentes qualités de savant et de clinicien. Puis le Dr Thomas, directeur de l'hôpital, au nom des anciens assistants de L. Bard, et le Dr Guyot, au nom de la Société médicale genevoise apportèrent l'hommage des élèves et des confrères à la mémoire du défunt. Enfin le Dr Ch. Salor s'adressa

# DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

avec émotion, en leur offrant des fleurs, à Madame L. Bard qui assistait à la cérémonie, à Mlle E. Cottin, collaboratrice du maître et à Madame Angst. Cette manifestation touchante de nos confrères suisses honore en même temps la médecine suisse et la médecine française dont pendant vingt ans L. Bard fut l'incomparable agent de liaison.

## Hommage au Dr A. Mathieu (de Bains-les-Bains)

Le 2 août aura lieu l'érection du buste du Dr A. Mathieu, qui a été pendant vingt-cinq ans l'animateur de la station vosgienne de Bains-les-Bains.

La cérémonie d'inauguration du buste, œuvre du sculpteur Piron, et le banquet qui suivra, seront présidées par M. Gaston Gérard, sous-secrétaire d'Etat aux Travaux publics et au Tourisme, qui a tenu à donner à la station de Bains-les-Bains, actuellement en plein développement, un témoignage officiel pour les efforts qui ont amené la rénovation d'une vieille ville thermale française.

Les souscriptions sont reçues par M. A. Monal, 6, rue Bridaine, à Paris.

## Légion d'honneur

Est nommé :

*Au grade de commandeur :* M. le lieutenant général médecin Demolder, inspecteur général des services de santé de l'armée belge.

## Œuvre du Livre français à l'étranger

L'Œuvre latine, 51, rue Saint-Georges, Paris, présidée par M. Raoul Follereau, vient de fonder l'Œuvre du Livre français à l'étranger, ayant pour but la création de 100 bibliothèques françaises, gratuites et publiques, dans les pays latins.

L'Umfia ou Union Médicale Latine se fait un plaisir de signaler tout l'intérêt de cette œuvre et elle engage vivement les médecins qui ont souvent des livres en excédent, à lui envoyer les livres dont ils peuvent disposer et qu'elle fera parvenir à l'œuvre du Livre français à l'étranger.

Il faut encourager cette œuvre, car il est utile que le français soit connu dans tous les pays latins pour que notre influence ne décroisse pas.

Nous demandons à nos confrères qui le pourraient de faire des dons gracieux de leurs propres ouvrages.

## Inspection d'hygiène de l'Hérault

Mlle le Dr Reine Enjalric a été nommée inspecteur d'hygiène de l'Hérault.



*Le gérant :* J.-B. BAILLIÈRE

# DERNIÈRES NOUVELLES

## Nécrologie

Le Dr Ferdinand Vessel (de Saint-Dizier). — Le Dr Vallais (de Granville). — Le Dr Abel Massé (de Paris). — Le Dr Jacques Targowla (de Bercy). — Le Dr Gabriel Berry. — Le Dr Dujarier, chirurgien de l'hôpital Boucicaut. — Le Dr Mesnard, médecin chef honoraire de l'Asile national de la Providence.

## Faculté de médecine de Paris

Par décret présidentiel, le doyen de la Faculté de Paris est autorisé à accepter le legs d'une rente annuelle de 10.000 francs fait à la Faculté par la dame Susmann, épouse Séligmann, pour une fondation dite « Fondation Georgette-Arnold Séligmann » au profit d'un étudiant de nationalité française, atteint de tuberculose.

## Faculté de médecine de Lyon

La chaire d'hygiène de la Faculté de médecine de l'Université de Lyon est déclarée vacante :

Un délai expirant le 6 août est accordé au candidats pour faire valoir leurs titres.

Concours du Clinicat. Le concours du clinicat s'est terminé par les nominations suivantes :

Clinique chirurgicale (Pr Tixier), M. Carcassone; (Pr Bérard), MM. Denis et Heitz.

Clinique obstétricale (Pr Voron), M. Pigeaut.

Clinique optalmologique (Pr Rollet), M. Paufique.

Clinique médicale infantile (Pr Mouriquand), Mlles Schen et Weill.

## Faculté de médecine de Montpellier

Par décret présidentiel, le doyen de la Faculté de médecine de Montpellier est autorisé à accepter : 1° la donation d'une somme de 28.600 francs faite à ladite Faculté par MM. les Prs Rimbaud et Carrieu, agissant à cet effet au nom du XXe Congrès français de médecine, pour les arrérages être affectés à la création d'un prix qui, sous le nom de « Prix du vingtième Congrès français de médecine », sera attribué annuellement à l'étudiant de la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier qui, non comptée la majoration pour le titre d'interne provisoire, aura obtenu le plus grand nombre de points au concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Montpellier.

La dite somme sera placée en titres de rentes sur l'Etat français, immatriculées au nom de la Faculté susdésignée avec indication de la destination des arrérages.

2° Le legs d'une somme de 25.000 francs fait par M. le Dr Boudon (Jules à ladite Faculté avec affectation des revenus au laboratoire de microbiologie pour des recherches en vue de l'application des idées pastoriennes.

Cette somme rera placée en titre de rentes sur l'Etat français immatrieulées au nom de la Faculté susindiquée, avec indication de la destination des arrérages.

## Faculté de médecine de Nancy

Par décret présidentiel, le doyen de la Faculté de médecine de Nancy est autorisé à accepter la donation faite à cet établissement par la dame Adrian, veuve Rohmer, de quatorze titres de rente français productifs d'un intérêt annuel de 1.000 francs.

Lesdits arrérages serviront à la création, sous le nom de « Prix Joseph-Rohmer », d'un prix à décerner tous les trois ans, à partir de 1931, à l'étudiant ou ancien étudiant français de la Faculté, auteur du meilleur travail sur l'optalmologie.

Les titres provenant de cette donation seront immatriculés au nom de la Faculté de médecine de l'U-

## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

niversité de Nancy avec indication de la destination des arrérages.

### Faculté de médecine de Bordeaux

Le Conseil de la Faculté vient de proposer pour la chaire d'hygiène vacante à la suite de la retraite de M. Auché, nommé professeur honoraire; en première ligne, M. Leuret; en deuxième ligne, M. F. Piéchaud.

### Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales de Marseille

La chaire de bactériologie, de parasitologie et d'épidémiologie est déclarée vacante à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales, pour compter du 1er janvier 1931.

Il sera procédé à la nomination du nouveau titulaire dans les conditions prévues à l'article 9 du décret du 22 août 1928 portant organisation de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

Les demandes des candidats accompagnées de leurs titres et travaux scientifiques et d'un état des services, et revêtues des avis détaillés des autorités hiérarchiques, devront parvenir au ministre de la guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), le 1er novembre 1931 au plus tard.

### Museum national d'histoire naturelle

M. Jeannel, maître de conférences à la Faculté des sciences de Montpellier, est nommé professeur titulaire de la chaire d'entomologie au muséum, en remplacement de M Bouvier, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

### Légion d'honneur

Sont nommés :

*Au grade de commandeur :* MM. le médecin général Coullaud; le médecin colonel Escande de Messières (Nîmes).

*Au grade d'officier :* MM. Sanson (Nice), Bescher (Val-de-Grâce); Morel (Rouen); Heuls (Rennes); Deniau (Angers); Charton (Belfort); Casteret (Vannes); Derappe (camp de Mailly); Miorcec (Tours); Duval (La Rochelle); Lefèvre (troupes coloniales).

*Au grade de chevalier :* M. le Dr L.-G. Bodin, chef du service médical des chemins de fer de l'Etat; M. le Pr Carles (de Bordeaux); MM. Leconte (Thionville); Luquet (Clermont-Ferrand); Lesbre, Grimaud (Oran); Radais (Le Mans); Geroine (Cosne); Désormaux (Cherbourg); Vutot (Lure); Bastouil (Nantes); Campagnolle (Tarbes); Desangles (Vincennes); Chaput, Martral et Nicolle (troupes coloniales); Charcellay (Paris).

### Récompense honorifique pour acte de courage et de dévouement

*Mention honorable* : M. Gouger, à Lafrançaise (Tarn-et-Garonne).

### Médaille pénitentiaire

MM. Dausse, Bordeaux; Leconte, Coutance (Manche); Finot, Troyes (Aube); Guy, Eysses (Lot-et-Garonne).

### Hôpital Beaujon

A l'occasion du IIIe Congrès international de radiologie, MM. le professeur H. Surmont et J. Tiprez (de Lille) et J. Surmont (assistant de radiologie du service) feront une présentation de films stéréo-radiographiques du tube digestif dans le laboratoire du Dr Aubourg, les samedi 1er et dimanche 2 août, de 10 heures à midi.

### Union internationale contre la tuberculose

Ces jours derniers avait lieu à l'Exposition Coloniale, un dîner offert par le Comité national de Défense contre la tuberculose aux membres du Conseil de direction de l'Union internationale contre la tuberlose.

Après une courte allocution de M. André Honorat, président du Comité national, M. Blaisot, ministre de la Santé publique, dans une improvisation très applaudie, a félicité les divers pays représentés pour leurs importants travaux, dont le récent Congrès d'Oslo fut une éclatante manifestation, et il exprima l'espoir que, dans un avenir prochain, grâce aux efforts conjugés des organisations antituberculeuses nationales et de ceux de l'Union internationale, la

## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

tuberculose, le plus redoutable des fléaux modernes, sera réduite dans de grandes proportions.

### Inauguration d'un dispensaire tuberculeux à Laigle (Orne)

Un dispensaire tuberculeux vient d'être inauguré à Laigle, à l'occasion de l'Assemblée de l'Union des sociétés de secours mutuels de l'Orne, et de la caisse primaire mutualiste.

### Création à Nancy d'un hôpital de convalescents

Au cours de sa dernière séance, le Conseil municipal de Nancy a, sur la proposition de M. Marchal, adjoint au maire, exprimé un avis favorable à une délibération de la Commission administrative des hospices civils, décidant de l'acquisition de la propriété de la Ronchère, à Houdemont, en vue de l'installation d'un hôpital complémentaire, destiné aux convalescents.

### Congrès sur les accidents et les maladies du travail

Ce Congrès aura lieu à Genève du 3 au 8 août prochain. Les principales questions qui y seront traitées sont :

Les affections cutanées en relation avec le travail. — Influence de l'état antérieur dans les suites des accidents et des maladies du travail. — Les lésions traumatiques des vaisseaux sanguins. Les résultats tardifs et l'accoutumance dans les traumatismes du rachis.

Pour tous renseignements complémentaires s'adresser au Dr Yersin, 3, rue de la Monnaie, à Genève.

### Syndicat des médecins de la Seine

Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine vient de voter à l'unanimité l'ordre du jour suivant :

« Alors que nous nous efforçons d'obtenir du Parlement le vote de la proposition de loi Armbruster pour limiter l'établissement en France des médecins étrangers, un certain nombre de confrère font appel dans leurs cliniques à des docteurs diplômés d'Université qui les aident et, en fait, les suppléent.

« Ce peut être au point de vue financier une combinaison avantageuse. C'est, à l'égard de la profession, un acte anticonfraternel exposant même dans certains cas à des poursuites pour violation de la loi sur l'exercice de la médecine ».

### Création d'un nouvel hospice

Le conseil municipal de Paris, conformément aux conclusions d'un rapport présenté par M. Fernand Moriette, au nom de la 5e commission, vient d'émettre l'avis qu'il y a lieu :

« 1° D'approuver la création d'un hospice payant pour vieillards femmes, qui portera le nom d'asile Julie Siegfried, dans l'immeuble occupé par l'asile temporaire pour enfants, 88, rue de Gergovie, et de fixer le prix de pension à 2.400 francs par an;

« 2° D'approuver le projet relatif à l'adaptation des locaux à leur nouvelle destination et d'imputer la dépense évaluée à 345.000 francs :

« *a*) Pour 100.000 francs, sur le produit des centimes additionnels alloués à l'Administration. Opérations de moyenne importance, 6e annuité (1931).

« *b*) Pour 245.000 francs, sur le sous-chapitre 9, article 7, du budget de l'Assistance publique, exercice 1932;

« La dépense annuelle de fonctionnement devant résulter de la création de trente-trois lits étant imputée sur l'ensemble des crédits du budget de l'Assistance publique, sauf, en cas d'insuffisance de ceux-ci, à prévoir les ressources complémentaires nécessaires. »

### Création d'hospices

Par décret présidentiel, sont autorisées : 1° La création d'un hospice dans la commune de Longuyon (Meurthe-et-Moselle); 2° La création d'un hospice dans la commune de Somain (Nord).

### Sanatorium de Villiers-sur-Marne

Le registre d'inscription des candidatures aux fonctions de médecin du sanatorium de Villiers-sur Marne, par Charly (Aisne), actuellement ouvert, sera clos le 20 août.

Ce concours sur titres comprend deux postes à pourvoir, l'un de médecin titulaire au traitement de 40 à 50.000 francs, suivant les services antérieurs du candidat, et l'autre de médecin adjoint, au traitement

# DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

de 30 à 38.000 francs, suivant les services antérieurs du candidat, avec les avantages suivants : logement, éclairage, chauffage, blanchissage, augmentation progressive du traitement qui pourra atteindre jusqu'au maximum de : Francs 60.000, indemnité pour charge de famille, assurance en vue d'une retraite proportionnelle dont la moitié est versée par la Renaissance Sanitaire.

L'entrée en fonction aura lieu au plus tard le 1er octobre.

Adresser les demandes de candidatures à M. le secrétaire général de la Renaissance Sanitaire, 23, rue du Renard, Paris (4e).

Les candidats devront justifier de leur qualité de français, être possesseurs du diplôme d'Etat de docteur en médecine, présenter un exposé de titres établissant leur compétence en phtisiologie et particulièrement dans la pratique sanatoriale.

N.-B. — Sont en outre disponibles quatre postes de stagiaire, au pair, avec indemnité mensuelle de 500 francs destinés à de jeunes médecins ou à des étudiants ayant terminé leur scolarité et subi tous leurs examens à l'exception de la thèse, qui désirent se spécialiser en phtisiologie.

## Bureau municipal d'hygiène de Thonon-les-Bains

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Thonon-les-Bains (Haute-Savoie).

Le traitement alloué est fixé à 1.500 francs par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours pour adresser au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 6e bureau), 9, rue de Tilsitt, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

## Pour la lutte contre la syphilis

Sur la demande de M. Georges Thomas, au nom de la 5e Commission, le Conseil municipal vient d'attribuer à l'Assistance publique une subvention spéciale, en vue d'assurer le fonctionnement des consultations de syphilis de l'Hôtel-Dieu et de l'hôpital Bretonneau.

## Les enfants à la montagne

On demande docteurs ou étudiants pour s'instruire et rendre service en examinant 600 enfants partant colonie de vacances, 2 août, 9 heures à 16 heures. Indemnité. Enfants montagne, 26, Faubourg Saint-Jacques.

## Prix Rovichi

L'Académie royale des sciences de Bologne (Italie), sur la proposition de sa commission de pédiatrie, vient d'attribuer le prix décennal Alberto Rovichi au Pr Albert Calmette, de l'Institut Pasteur de Paris « pour sa méthode de vaccination antituberculeuse ».

Le Pr Calmette a immédiatement remis le montant de ce prix à la fondation Forlanini, à Milan, pour être employé à l'entretien d'un jeune savant italien désireux de se livrer à des recherches sur la tuberculose.

---

*Le gérant :* J.-B. BAILLIÈRE

# DERNIÈRES NOUVELLES

## Nécrologie

Le Dr Paul Gandy (de Bagnères-de-Bigorre). — — Le Dr Tribet (de Marseille). — Le Dr Paul Buot, médecin colonel en retraite (de Saint-Avertin, Indre-et-Loire). — Le Dr Galimard (de Venarey-Les-Laumes, Côte-d'Or). — Le Dr Poiteau (de Bienvillers-au-Bois). — Le Dr Kuhlmann (de Mutzig, Bas-Rhin). — Le Dr Georges Barencelli, stomatologiste à Lyon, décédé accidentellement au cours d'une ascension dans les Alpes. — Le Dr Rausy (d'Esbly, Seine-et-Marne). — Le Dr Bert-Lambron, décédé à Luchon. — Le Dr Jean Camail, médecin général des troupes coloniales en retraite, commandeur de la Légion d'honneur. — Le Dr Charles Dujarrier, chirurgien des hôpitaux de Paris. — Madame Crété, femme de M. Edouard Crété et mère de MM. Georges, Maurice, Pierre et Max Crété à qui nous adressons nos bien sincères condoléances.

## Faculté de médecine de Lyon

Par décret en date du 2 juillet 1931, M. le Pr Courmont est nommé à compter du 1er octobre 1931, professeur de clinique et de prophylaxie de la tuberculose (chaire nouvelle).

## Faculté de médecine de Montpellier

Par arrêté en date du 23 juillet 1931, la chaire de de clinique gynécologique de la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours à dater de la publication du présent arrêté est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Par arrêté en date du 23 juillet 1931, la chaire de clinique chirurgicale infantile et orthopédie de la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier est déclarée vacante.

Un délai de vingt jous à dater de la publication du présent arrêté est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

## Hôpital Boucicaut

Sur la proposition de M. de Fontenay, au nom de la 5e Commission, le Conseil municipal de Paris vient d'émettre l'avis qu'il y a lieu d'approuver le projet relatif à la transformation en service de la consultation d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Boucicaut.

## Hôpital civil d'Oran

Un concours sur titres pour le recrutement d'un pharmacien à l'hôpital d'Oran, sera ouvert à Alger, aux candidats des deux sexes, le 15 octobre 1931.

Une affiche apposée au siège des Facultés et Ecoles de médecine, ainsi que dans les principaux Etablissements et villes d'Algérie, indiquera les conditions à remplir pour y prendre part.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'hôpital civil d'Oran (direction), à la Préfecture d'Oran (assistance) ou au Gouvernement général de l'Algérie (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques).

## Dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du Finistère

Un concours sur titres, en vue du recrutement de médecins spécialisés des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du Finistère, aura lieu dans la deuxième quinzaine du mois d'octobre 1931.

Les candidats doivent être français, âgés de moins cinquante ans, être pourvus du diplôme de docteur en médecine français et s'engager à ne pas faire de clientèle. Ils peuvent toutefois être appelés en consultation par les médecins traitants.

## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

Le traitement de début est fixé à 45.000 francs, susceptible d'augmentation de 1.000 francs tous les 2 ans jusqu'au maximum de 50.000 francs. Les médecins spécialisés bénéficient des frais de déplacement et d'une indemnité annuelle de logement de 1.200 francs. Les médecins mariés reçoivent, en outre une indemnité annuelle complémentaire de 1.000 francs, et, le cas échéant, perçoivent des indemnités familiales.

Pour tous renseignements s'adresser au Secrétariat général du Comité d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du département du Finistère, ancien évêché, Quimper.

### Légion d'honneur

Nous avons transformé en Menchel le nom du D^r Ménétrel dont nous annoncions, dans un de nos derniers numéros, la promotion au grade de commandeur de la Légion d'honneur.

Toutes nos excuses et félicitations au nouveau promu bien connu dans les milieux parisiens.

### Officiers de l'Instruction publique

MM. Alary, Paturel, à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme); Bidot, Bach, Lelièvre, Lemoine, Pilod, à Paris; Bonnet, Chalier, Florence, Rhenter, à Lyon; Bonniot, à Grenoble (Isère); Boussolle, à Dijon (Côte-d'Or); Chevalier, à Limoges (Haute-Vienne); Doumer, Polonovski, à Lille (Nord); Fouchet, à Angers (Maine-et-Loire); Gelma, Gery, à Strasbourg (Bas-Rhin); Giraud, à Montpellier (Hérault); Plazy, Hédérer, à Toulon (Var); Gurcel, à Nice (Alpes-Maritimes); Papin, Perrens, à Bordeaux (Gironde); Veinet, à Poitiers (Vienne).

### Officiers d'Académie

MM. André, Drouet, Guillemin, Vermelin, à Nancy (Meurthe-et-Moselle); Bernheim, Dechaume, Eparvier, Guilleminet, Morénas, Pollosson, Wertheimer, à Lyon (Rhône); Boeckel, Bohn, Meyer, Simonin, à Strasbourg (Bas-Rhin); Huguenin, Bonnet, Jame, Oberling, Roux, Verne et M^lles Lévy, Tissier, à Paris; MM. Bureau, Delorme, Limousin, Rougier, à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme); Clerc, à Rabat (Maroc); Courrier, Mercier, Moggi, à Alger; Delas, Lefebvre, Stillmunkès, Timbal, à Toulouse; Desqueyroux, Dubecq, Leuret, Moureau, à Bordeaux (Gironde); Dupas, Macquet, Piquet, à Lille (Nord); Hédon, Pagès, à Montpellier (Hérault); Kuhn, à Dijon (Côte-d'Or); Mégnin, médecin chef du prytanée militaire de la Flèche; Vasselle, à Amiens (Somme).

### Syndicat des médecins de la Seine

Le D^r Coldefy, qui depuis plusieurs années, s'occupait activement au S. M, S. de la répression de l'exercice illégal de la médecine dans le département de la Seine, est récemment décédé, unanimement regretté de ses collègues.

Le Conseil d'administration du S. M. S., dans sa séance du 7 juillet, a désigné pour le remplacer dans ses fonctions M. le D^r Jolly, 63, boulevard de Sébastopol, secrétaire adjoint du Syndicat.

Nous demandons à tous nos confrères de bien vouloir lui faire parvenir dorénavant tous documents et renseignements intéressant cet important service.

Adresser toutes les communications à M. le D^r Jolly, directeur de l'Office de répression de l'exercice illégal de la médecine, 28, rue Serpente, Paris (VI^e).

M. Jolly reçoit à l'Office les mercredis de 10 à 11 heures.

### Congrès de la lithiase biliaire

La Société des sciences médicales de Vichy organisera en 1932 un Congrès de la lithiase biliaire.

Le Congrès aura lieu à Vichy à une date qui sera indiquée ultérieurement.

### Société anatomique de Paris

La Société anatomique de Paris ouvrira sa réunion plénière le lundi 12 Octobre à 9 heures du matin, à la Faculté de médecine de Paris (21, rue de l'Ecole de Médecine). Son ordre du jour est ainsi fixé :

I. — Séances du lundi matin 9 heures et lundi après-midi 15 heures, sous la présidence de M. le P^r Fernand Bezançon.

Elles seront consacrées au premier sujet à l'ordre du jour, d'ordre anatomo-clinique : La lymphogra-

## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

nulomatose (maladie de Sternberg-Paltauf). Rapporteurs : M. le Pr Favre (de Lyon). Place nosographique de la lymphogranulomatose tirée de son étude anatomo-clinique. M. le Pr Titu Vasilu (de Cluj) : Conception étiologique et pathogénique de la lymphogranulomatose tirée de son étude expérimentale.

II. — Séance du mardi matin, sous la présidence d'un membre correspondant étranger de la Société. Elle sera occupée par le deuxième sujet à l'ordre du jour, d'ordre anatomo-physiologique : La structure et l'histophysiologie des parois vasculaires artérielles et veineuses. Rapporteurs : MM les Prs Dubreuil et Lacoste (de Bordeaux).

III. — Séance du mardi après-midi sous la présidence de M. le Pr Roussy, président de la Société. Elle est réservée aux communications diverses des membres étrangers de la Société. Les congressistes sont priés de bien vouloir dès que possible envoyer leur adhésion et le titre des communications qu'ils désirent faire ou l'indication des discussions auxquelles ils désirent participer au Secrétaire général de la Société, Dr René Huguenin, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e).

### Le chœur médical de Paris

Le chœur médical de Paris se propose de grouper amicalement les éléments choraux (voix d'hommes, voix de femmes), du milieu médical et paramédical dans un but de culture musicale supérieure.

La Société désire recruter des membres actifs satisfaisant aux conditions suivantes :

Avoir un minimum de voix et de connaissance du solfège, mais surtout avoir l'amour de la musique et du travail sérieux et régulier.

L'année d'exercice ira du 1er novembre au 1er juillet, un concert annuel devant avoir lieu en mai ou juin.

Les membres actifs paieront une cotisation de 12 francs par an, remboursable à tous ceux qui auront assisté à l'intégralité des répétitions.

Les répétitions auront lieu une fois par semaine dans un local qui sera précisé en temps voulu. Elles commenceront au début de novembre prochain.

Toutes les personnes appartenant au milieu médical et paramédical peuvent faire partie de la Société et y faire admettre leurs parents.

Les personnes désireuses de faire partie des chœurs (membres actifs) sont priés d'adresser leur demande dès à présent au secrétaire général : Dr Guébel, 2, rue Pasquier (VIIIe), en indiquant très lisiblement leur nom et adresse. Elles seront convoquées pour être entendues par le Comité des voix et inscrites.

Les personnes désirant s'intéresser à la Société sans être membres actifs peuvent s'inscrire : comme membres adhérents, 20 francs par an; membres honoraires, 50 francs par an; membres donateurs, 100 francs par an.

### Hôtel-Dieu

Sur la proposition de M. Fernand Moriette, au nom de la 5e Commission, le Conseil municipal de Paris, vient d'émettre l'avis qu'il y a lieu :

« 1° De procéder à l'installation d'un poste de radioscopie dans le service de M. le Pr Cunéo, à l'Hôtel-Dieu;

« 2° D'imputer la dépense, qui s'élève à 42.768 francs, sur les crédits inscrits au sous-chapitre 188, art. 2, du budget hospitalier de l'exercice 1931 ».

### Assistant des hôpitaux coloniaux

Un concours pour l'obtention du titre d'assistant des hôpitaux coloniaux s'ouvrira en novembre 1931, dans les conditions prévues par le décret du 22 août 1928 et l'instruction interministérielle du 3 novembre 1928.

Le nombre et la nature des emplois mis au concours sont fixés comme suit :

*Médecine :* deux, à l'hôpital militaire d'instruction Michel-Lévy, à Marseille.

*Chirurgie :* deux, à l'hôpital militaire d'instruction Michel-Lévy, à Marseille.

*Bactériologie :* deux, au laboratoire de bactériologie de l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales, à Marseille.

*Electroradiologie :* un, à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris.

La durée des fonctions des assistants des hôpitaux coloniaux de ces différentes catégories, nommés à ce concours, est fixée à deux ans. Elle commencera à la date où les conditions du service permettront de mettre ces médecins en stage dans les différents établissements signalés ci-dessus.

Les candidats qui en feront la demande seront autorisés à concourir dans deux sections au plus de ce concours, mais ils ne pourront recevoir, le cas échéant, le titre d'assistant des hôpitaux coloniaux




## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

que dans une seule catégorie, qui sera fixée par le ministre, compte tenu des intérêts du service.

*a*) Epreuves anonymes d'admissibilité. — Ces épreuves auront lieu au chef-lieu de corps d'armée (hôpital militaire ou salles militaires de l'hôpital mixte). A Paris, elles auront lieu à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce; à Marseille, à l'hôpital militaire Michel-Lévy.

Ces épreuves commenceront à huit heures aux dates ci-après :

*Médecine et chirurgie* : 1re épreuve, le 16 novembre 1931; 2e épreuve, le 17 novembre 1931.

*Bactériologie et électroradiologie* : 1re épreuve, le 18 novembre 1931; 2e épreuve, le 19 novembre 1931.

*b*) Epreuves définitives. — Ces épreuves auront lieu à l'hôpital militaire d'instruction Michel-Lévy, à Marseille, à partir du 24 novembre 1931.

Les demandes des médecins capitaines des troupes coloniales, en vue d'obtenir l'autorisation de prendre part à ce concours devront parvenir au ministère de la guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), avant le 1er novembre 1931, en indiquant la ou les sections choisies.

Les avis hiérarchiques ne devront pas se borner à une simple transmission favorable, mais être circonstanciés et accompagnés de toutes indications et références utiles sur la valeur scientifique des candidats.

### Etablissement d'un programme des grands travaux hospitaliers

Sur la demande de M. de Fontenay, rapporteur général du budget de l'Assistance publique, le Conseil municipal de Paris vient de prononcer le renvoi à l'Administration de la proposition suivante, relative à l'élaboration d'un programme de grands travaux hospitaliers.

Le programme des grands travaux hospitaliers établi par M. de Fontenay est approuvé conformément au détail ci-après, dans la limite d'une dépense totale de 600 millions :

Achèvement de six établissements en cours de construction, 147.273.318 francs; construction d'hôpitaux à Garches et Rosny, 143.345.000 francs; création de lits de vieillards payants, 64.800 000 francs; création de lits de maternité, 56.000.000 francs.

Groupe Necker-Enfants-Malades. — Construction d'un groupe opératoire et d'un service de chirurgie infantile, 12.000 000 de francs.

Cochin. — Construction d'une clinique de gynécologie, de services de médecine, 12.000.000 de francs; agrandissement de l'usine, 3.000.000 de francs.

Laënnec. — Construction d'un bâtiment pour l'oto-rhino-laryngologie, l'ophtalmologie et un service de chroniques, 4.500.000 francs; réfection des cuisines, 1.500.000 francs.

La Pitié. – Agrandissement de l'isolement, de la maternité, 1.200.000 francs.

Saint-Antoine. Reconstruction de divers pavillons, 12.000.000 de francs; agrandissement de la maternité, 2.500.000 francs.

Saint-Louis. — Crétion d'un service de chirurgie, 6.000.000 de francs.

Bretonneau — Création d'une deuxième crèche de médecine. Surélévation d'une partie, 1 500.000 francs.

Trousseau. — Agrandissements, 9.000.000 de francs.

Hérold. — Création d'un service de chirurgie, 3.500.000 francs.

Extension des laboratoires, 20.000.000 de francs.

Réinstallation du Magasin central, 15.500.000 francs.

Ecoles d'infirmières, 8.000.000 de francs.

Hôpital de secours, 8.000.000 de francs.

Beaujon, 17.000.000 de francs.

Provision pour imprévisions, 51.381.682 francs.

Total : 600 000.000 de francs.

Sont, en, outre, approuvés en principe, dans la limite d'une dépense annuelle maxima de 6 millions, divers travaux d'amélioration ou de modernisation des services hospitaliers existants, dont le détail sera fixé chaque année par le Conseil municipal lors des discussions budgétaires et qui seront payés sur les sommes qui seront disponibles par suite du jeu du mécanisme financier indiqué à l'article 3.

---

*Le gérant :* J.-B. BAILLIÈRE

# DERNIÈRES NOUVELLES

## Nécrologie

Le Dr Bruhl, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, officier de la Légion d'honneur. — Le Dr Louis Boulard, de Seurre (Côte-d'Or), décédé à l'âge de 56 ans. — Mme Martin, veuve du Dr Lucien Martin. — Le Dr Pezet, maire et conseiller général, décédé à Figeac (Lot). — Le Dr Willy Rieder, décédé à Paris. — Le Dr Paul-Emile Levy (de Paris).

## Mariages

Mlle Jacqueline Huré, fille du Dr et Mme Louis Huré, et M. Pierre Huré, élève à l'Ecole polytechnique, fils du général commandant supérieur des troupes d'occupation du Maroc. — Mlle Arlette Doin, fille de M. le Dr Gaston Doin, le sympathique éditeur bien connu du monde médical, et M. Edme Gatau. Nos bien sincères félicitations à notre ami Gaston Doin et nos meilleurs souhaits de bonheur aux jeunes mariés. — Mlle Jacqueline Nissim, fille de M. le Dr Nissim, et M. Jacques Pilet. — M. Paul Tournafond, externe des hôpitaux de Paris, et Mlle Anne-Marie Delamain.

## Fiançailles

Mlle Geneviève Harvier, fille du Dr Paul Harvier, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Beaujon, et M. Roger Lautenois. Nous adressons nos bien cordiales félicitations à notre ami le Dr Harvier et nos meilleurs souhaits de bonheur aux jeunes fiancés. — Mlle Dazole Palet, fille du médecin commandant Palet, décoré de la croix de guerre, mort au champ d'honneur, et M. Georges Mathiven. — Mlle Solange Mauclaire, avocat à la Cour d'appel de Paris, fille de M. le Pr Mauclaire, membre de l'Académie de médecine et de Mme Mauclaire, et M. Paul Mellottée, avocat à la Cour d'appel de Paris. Nos bien sincères félicitations à M. et Mme Mauclaire et nos meilleurs souhaits aux fiancés.

## Naissances

Le Dr Henri Lehmann et Mme, née Dagnerre, font part de la naissance de leur fille Nicole. — Le Dr et Mme Paul Tiberghien (de Roubaix) font part de la naissance de leur fils Patrick. — Le Dr et Mme A.-J. Powilewicz font part de la naissance de leur fils Philippe.

## Hôpitaux de Paris

**Concours de stomatologiste des hôpitaux.** — Ce concours sera ouvert le mardi 27 octobre 1931, à 8 h. 30, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au bureau du Service de santé de l'administration de l'Assistance publique, de 14 à 17 heures, du lundi 28 septembre au mercredi 7 octobre 1931 inclusivement.

**Concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année** (année 1931). — *Concours de médecine* — L'ouverture de ce concours aura lieu le lundi 7 décembre 1931, à 9 heures, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

**Concours de chirurgie et d'accouchements.** — L'ouverture de ce concours aura lieu le jeudi 3 décembre 1931, à 9 heures, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

Les élèves qui désireront prendre part à ces concours seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration tous les jours, de 14 à 17 heures, du 1er au 15 octobre 1931 inclusivement.

Les mémoires prescrits comme épreuves de ces concours devront être déposés au bureau du Service

## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

de santé au plus tard le jeudi 15 octobre 1931, à 17 heures, dernier délai.

**Concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine**, vacantes le 15 janvier 1932 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — L'ouverture du concours aura lieu le mercredi 21 octobre 1931, à 9 h. 30, au gymnase Voltaire, 1, rue Japy (XIe).

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, depuis le jeudi 10 septembre jusqu'au samedi 3 octobre 1931 inclusivement.

Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'administration et constatant leur inscription au concours.

Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

**Chefs de laboratoire de bactériologie des hôpitaux** (année 1931). — *Réunion de la Commission chargée d'établir la liste d'aptitude.* — La Commission se réunira le jeudi 5 novembre 1931, à 16 h. 30, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les docteurs en médecine et docteurs ès sciences, désireux de soumettre leurs titres à l'examen de la Commission, devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, tous les jours, les dimanches et jours de fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, du jeudi 8 octobre 1931 au samedi 17 octobre 1931 inclusivement.

### Faculté de médecine de Paris

**Examens.** — Les délais mentionnés ci-dessous étant de rigueur, aucune consignation en vue d'un examen de fin d'année ne peut, en principe, être accepté après ces périodes.

Une dérogation à cette règle ne peut être accordée que pour des motifs graves et par délibération spéciale de la Commission scolaire.

En tous cas, aucune dérogation, pour quelque motif que ce soit, ne peut être accordée dans les cinq jours qui précèdent l'affichage de la première épreuve de chaque année (jour de l'affichage non compris).

1° Ancien régime d'études. — Les consignations pour les différents examens probatoires du doctorat en médecine seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 15 heures, les lundi et mardi de chaque semaine, à partir du 5 octobre 1931

La limite des consignations pour ces examens est fixée au 31 mai 1932.

2° Nouveau régime d'études. — *Session d'octobre* 1930. — MM. les candidats ajournés à la session de juillet 1930, ou autorisés à ne se présenter qu'à la session d'octobre 1931, sont informés que les épreuves pratiques et orales des 1er, 2e, 3e, 4e et 5e examens de fin d'année auront lieu à partir du 19 octobre 1931 (consulter en octobre les affiches manuscrites).

Les consignations préalables seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudi 1er et vendredi 2 octobre 1931, de midi à 15 heures

*Session ordinaire* 1931-1932. — MM. les étudiants doivent consigner pour l'examen de fin d'année en prenant la 2e, la 6e, la 10e, la 14e ou la 18e inscription en janvier 1931.

Les candidats soit boursiers ou exonérés, soit en instance de bourse ou d'exonération, doivent obligatoirement se présenter au secrétariat en même temps que leurs camarades afin de se faire mettre en série pour l'examen de fin d'année.

*Examens de clinique.* — Les candidats pourront s'inscrire tous les lundis et mardis, à chacun des trois examens de clinique, dans l'ordre choisi par eux, du 5 octobre 1931 au 31 mai 1932.

3° Thèse. — Les consignations pour la thèse seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 15 heures, les lundis et mardis de chaque semaine, à partir du 5 octobre 1931.

La date-limite de consignation en vue de la soutenance de la thèse est fixée au 21 juin 1932.

N. B. — Les candidats doivent présenter leur carte d'immatriculation munie d'une photographie au guichet n° 3 chaque fois qu'ils consignent pour un examen.

**Examens de chirurgie dentaire.** — Les délais mentionnés ci-dessous étant de rigueur, aucune consignation en vue d'un examen de chirurgie dentaire ne peut, en principe, être acceptée après ces périodes.

Une dérogation à cette règle ne peut être accordée

## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

que pour des motifs graves et par délibération spéciale de la commission scolaire.

En tous cas, aucune dérogation, pour quelque motif que ce soit, ne peut être accordée dans les cinq jours qui précèdent l'affichage de la première épreuve de chaque année (jour de l'affichage non compris).

Session d'octobre 1931. — La mise en série des étudiants candidats au différents examens de chirurgie dentaire sera affichée le mercredi 28 octobre 1931. L'ouverture de la session est fixée au mardi 3 novembre 1931.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté, guichet n° 3, les lundi 5 (pour l'examen de validation de stage dentaire) et mardi 6 octobre 1931 (pour les examens de fin d'année, de midi à 15 heures).

Session de juin-juillet 1932. — 1° *Examen de stage dentaire.* — La session s'ouvrira le lundi 23 mai 1932, Les candidats produiront les certificats attestant qu'ils justifient de deux années régulières de stage. Ces certificats doivent être établis sur papier timbré.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté, les lundi 7 et mardi 8 mars 1932, de midi à 15 heures. La mise en série des candidats à l'examen de validation de stage sera affichée le mercredi 18 mai 1932.

2° *Premier, deuxième et troisième examens.* — La session s'ouvrira le lundi 13 juin 1932. Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté de midi à 15 heures aux dates suivantes : lundi 14 mars 1932 (étudiants à 4 inscriptions), mardi 15 mars 1932 (étudiants à 8 inscriptions), mercredi 16 mars 1932 (étudiants à 12 inscriptions).

Les étudiants à 12 inscriptions consigneront simultanément pour les deux parties du 3° examen. La mise en série des candidats à ces examens sera affichée le mercredi 8 juin 1932.

### Faculté de pharmacie de Paris

M. Lutz, professeur sans chaire à la Faculté de l'Université de Paris, est nommé, à compter du 1er octobre 1931, professeur de cryptogamie-microbiologie à ladite Faculté.

M. Fabre, agrégé près la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris, est nommé, à compter du 1er octobre 1931, professeur de toxicologie à ladite Faculté.

### Faculté de médecine de Lyon

M. Leriche, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg, est nommé, à compter du 1er octobre 1931, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de l'Université de Lyon.

### Hôpitaux de Toulouse

Le concours de chirurgien accoucheur adjoint des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de M. Estienny.

### Ecole de médecine navale

Ont obtenu après concours le titre de professeur agrégé des Ecoles de médecine navale :

A. *Branche physiologie-médecine.* — M. Damany, médecin principal, du port de Brest.

B. *Branche anatomie-chirurgie.* — M. Rolland, médecin de 1re classe, continuera l'enseignement de l'anatomie à l'école annexe de Brest.

C. *Branche bactériologie-hygiène.* — M. Le Chuiton, médecin principal, est affecté à l'Ecole principale du service de santé de la marine à Bordeaux.

### Ecole d'application du service de santé militaire

M. le médecin commandant Chaumet, professeur agrégé au Val-de-Grâce, est nommé professeur à l'Ecole d'application du service de santé militaire, chaire de radiologie, électrologie, physiothérapie et radiumthérapie.

### Hôpital de Berck

Sur la demande de M. Fernand Moriette, le Conseil municipal de Paris, vient de prononcer, avec avis favorable, le renvoi à l'administration de sa proposition ayant pour but de donner le nom de Lannelongue à l'annexe Bouville, de l'hôpital de Berck.

Sur la proposition de M. Moriette, le Conseil municipal de Paris a aussi adopté la proposition suivante :




## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

« Article premier. — Une subvention de 6.000 francs est accordée à l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer pour le cinématographe destiné aux enfants malades, pour l'année 1931.

« Art. 2. — Une subvention de 3.000 francs est également attribuée à l'hôpital annexe de Berck-sur-Mer pour le cinématographe des malades, pour l'année 1931.

### Hospice national des Quinze-Vingts

Par décret présidentiel, il est créé à la clinique ophtalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts, quatre emplois de chef de clinique adjoints, à raison d'un par service.

Un arrêté ministériel fixera les conditions de recrutement des titulaires de cette fonction, qui recevront chacun une indemnité annuelle non soumise à retenue fixée dans la limite d'un maximum de 2.400 francs.

### Légion d'honneur

Sont nommés :

*Au grade d'officier :* M. le Dr Léon Tixier, médecin des hôpitaux de Paris.

*Au grade de chevalier :* MM. les Drs Bessière, à Mende (Lozère); J. Thiers, à Bastia; Patron, à Oran; Sarie, à Targon (Gironde); Gallice, à Langeac (Haute-Loire); Tuloup, à Saint-Malo; Mosse, à Saint-Etienne; Huyges de Beaufond, médecin de l'administration des Postes et Télégraphes à Paris.

### Chargés de cours et prosecteurs dans les Ecoles de médecine navale

Les concours pour les emplois de chargés de cours et prosecteurs dans les Ecoles de médecine navale annoncés au *Journal officiel* du 9 mai 1931, auront lieu à Toulon, aux dates indiquées ci-après :

I. Chargés de cours. — A. *Ecole principale du Service de santé de la marine.* — Le lundi 26 septembre 1931 : Pathologie interne et thérapeutique. — Jury d'examen : Président: M. l'inspecteur général du Service de santé. — Membres : MM Barthe, médecin en chef de 1re classe; Plazy, médecin en chef de 2e classe. — Membre suppléant : M. Hederer, médecin en chef de 2e classe.

Pathologie externe et accouchements. -- Jury d'examen : Président : M. l'inspecteur général du Service de santé. — Membres : MM. Le Berre, médecin en chef de 1re classe; Coureaud, médecin principal. — Membre suppléant: M. Larroque, médecin principal.

Anatomie topographique, médecine opératoire, médecine légale. — Jury d'examen : Président : M. l'inspecteur général du Service de santé. — Membres : MM. Le Berre, médecin en chef de 1re classe; Larroque, médecin principal. — Membre suppléant: M. Coureaud, médecin principal.

B. *Ecole annexe de médecine navale de Brest.* — Le lundi 5 octobre 1931 : Seméiologie et petite chirurgie. — Jury d'examen : Président : M. l'inspecteur général du Service de santé. — Membres : MM. Hederer, médecin en chef de 2e classe; Coureaud, médecin principal. — Membre suppléant : M. Barthe, médecin en chef de 1re classe.

C. *Ecole annexe de médecine navale de Rochefort.* — Le lundi 5 octobre 1931 : Anatomie descriptive. — Jury d'examen : Président: M. l'inspecteur général du Service de santé. — Membres : MM. Le Berre, médecin en chef de 1re classe; Larroque, médecin principal. — Membre suppléant : M. Coureaud, médecin principal.

D. *Ecoles annexes de médecine navale de Brest et de Rochefort.* — Le mercredi 7 octobre 1931 : Physique. — Jury d'examen : Président : Le pharmacien chimiste général. — Membres : MM. Chaix, pharmacien chimiste en chef de 2e classe; Bremond, pharmacien chimiste principal. — Membre suppléant : M. Constans, pharmacien chimiste principal.

II. — Prosecteurs. — Ecoles annexes de médecine navale de Rochefort et de Toulon. — Le mardi 6 octobre 1931 : Jury d'examen : Président : M. le directeur du service de santé de la 3e région maritime. — Membres : MM. Coureaud, médecin principal : Dupas, médecin de 1re classe. — Membre suppléant : M. Perves, médecin de 1re classe.

---

*Le gérant :* J.-B. BAILLIÈRE

# DERNIÈRES NOUVELLES

## Nécrologie

Le Pr Ducamp (de Montpellier). — Le Dr Poupardin, chirurgien de l'hôpital Saint-Lazare. — Le Dr Paul Gonnet, décédé au Bois d'Oingt, père de M. le Dr Auguste Gonnet, médecin des hôpitaux de Saint-Etienne.

## Faculté de médecine de Paris

**Immatriculation. Inscriptions** (*Année scolaire 1931-1932*. — I. IMMATRICULATION. — L'immatriculation ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée annuellement. Nul ne peut se faire immatriculer par correspondance, ni par un tiers.

Les cartes délivrées aux étudiants ne possédant pas de livret individuel sont strictement personnelles. Elles ne peuvent être prêtées pour quelque motif que ce soit.

Nul n'est admis aux travaux de la Faculté (travaux pratiques, laboratoires, cliniques, bibliothèque, etc.), s'il n'est porté sur le registre d'immatriculation (décret du 31 juillet 1897).

*Immatriculation d'office*. — L'étudiant qui prend une inscription trimestrielle se trouve immatriculé d'office. Il n'acquitte pas le droit d'immatriculation.

*Immatriculation sur demande*. — Ne sont immatriculés que sur leur demande :

1° Les étudiants titulaires de toutes les inscriptions réglementaires; 2° les docteurs, les étudiants français et étrangers qui désirent être admis aux travaux de la Faculté.

La dernière inscription, ainsi que les inscriptions délivrées à titre rétroactif, ne confèrent pas l'immatriculation. A l'immatriculation sur demande est attaché le droit réglementaire : 100 francs.

Un candidat peut être admis à subir un examen sans être immatriculé.

Les immatriculations d'office sont effectuées aux dates indiquées ci-dessous pour la prise des inscriptions trimestrielles.

Les immatriculations sur demande sont effectuées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 15 heures.

II. INSCRIPTIONS. — *Première inscription*. — La première inscription doit être prise du 1er octobre au 8 novembre, de midi à 15 heures.

En s'inscrivant l'étudiant doit produire :

I. Diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire français ou diplôme d'Etat de docteur ès-sciences, de docteur ès-lettres ou de docteur en droit, ou titre d'agrégé de l'enseignement secondaire (hommes, femmes) et certificat d'études P. C. N.;

II. Acte de naissance sur timbre;

III. Consentement du père ou du tuteur, si l'étudiant n'est pas majeur. Ce consentement (établi sur papier timbré à 3 fr. 60) doit indiquer le domicile du père ou tuteur dont la signature devra être légalisée (la production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou tuteur);

IV. Un certificat de revaccination jennérienne établi conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi du 15 février 1902 sur la vaccination obligatoire (modèle déposé au secrétariat de la Faculté).

V. Extrait du casier judiciaire.

Il est tenu, en outre, de déclarer sa résidence personnelle et celle de sa famille, comme tout changement d'adresse survenant au cours de la scolarité.

*Inscriptions trimestrielles*. — Pendant l'année scolaire 1931-1932, les inscriptions trimestrielles consécutives à la première, seront délivrées dans l'ordre et aux dates ci-après, de midi à 15 heures, au secrétariat, guichet n° 3.

Premier trimestre : du 12 au 27 octobre 1931.

Deuxième trimestre : du 14 au 19 janvier 1932.

Troisième trimestre : du 11 au 26 avril 1932.



## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

Quatrième trimestre : du 11 au 26 juillet 1932

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires de travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris les inscriptions trimestrielles aux dates ci-dessus indiquées.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leurs inscriptions aux jours ci-dessus désignés. Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par la Commission scolaire. (La demande devra être rédigée sur papier timbré).

Les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut prendre inscription par correspondance ou par mandataire.

MM. les internes et externes des hôpitaux doivent joindre à leur demande d'inscription un certificat émanant du ou des chefs de service auxquels ils sont attachés, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne et d'externe pendant le trimestre précédent. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel appartient l'élève.

L'inscription d'un trimestre peut être refusée, pour manque d'assiduité et de travail, par décision de la Commission scolaire La décision est définitive. L'étudiant auquel une inscription a été refusée ne peut, pendant le trimestre correspondant, obtenir le transfert de son dossier dans un autre établissement.

Le titre de professeur sans chaire est conféré à compter du 1er octobre 1931 à M. Mulon, agrégé pérennisé près la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Par décret en date du 13 août, MM. Menetrier, Sebileau et Vaquez, anciens professeurs de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, sont nommés professeurs honoraires de ladite Faculté.

### Faculté de médecine de Strasbourg

Les emplois de chefs de travaux d'histologie et de médecine légale près la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg sont transformés en emplois d'agrégés.

### Faculté de médecine de Marseille

**Concours du clinicat.** — A la suite du dernier concours, M. Raymond Imbert a été reçu chef de clinique chirurgicale, et M. le Dr Brugeas, chef de clinique adjoint.

### Faculté de médecine de Lille

M. Bertin vient d'être nommé professeur des maladies cutanées et syphilitiques.

### Faculté de médecine de Nancy

Madame veuve Rohmer vient de fonder à la Faculté de médecine de Nancy, en souvenir du regretté professeur Rohmer, un prix dit « Prix Joseph Rohmer », qui sera décerné chaque trois ans à l'étudiant français de ladite Faculté, auteur du meilleur travail sur un sujet d'ophtalmologie.

Ce prix est de 3.000 francs.

Le premier concours aura lieu en 1931. Les mémoires devront être déposés au secrétariat de la Faculté de médecine avant le 1er octobre 1931.

### Hôpitaux d'Alger

M. le Dr Tiodet est nommé médecin des hôpitaux d'Alger.

### Dispensaire d'hygiène sociale des Pyrénées-Orientales

Un concours sur titres, en vue de la nomination d'un médecin spécialisé chargé du dispensaire public départemental d'hygiène sociale des Pyrénées-Orientales (service antituberculeux) est ouvert jusqu'au 20 septembre 1931.

Le traitement annuel attaché à cette fonction est de 30 000 francs auquel s'ajouteront diverses indemnités.

Les dossiers des candidats devront être envoyés à M. le président du conseil d'administration du dispensaire public départemental d'hygiène sociale, 2, rue Petite-la-Monnaie, à Perpignan, avant le 20 septembre dernier délai.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris.

### Fondation Jules-Emile Péan

Par décret du 12 août 1931, l'Académie de médecine est autorisée à accepter la donation qui lui a été

## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

consentie par Mme Henriette-Françoise Girou de Buzareingues, veuve de M. Jules-Emile Péan, d'une somme de 100.000 francs, pour les arérages en être affectés à la création d'un prix ou d'une bourse de voyage qui sera attribué, tous les quatre ans, à un étudiant en médecine, français, méritant, sans fortune ou peu fortuné, se destinant à la chirurgie, pour l'aider à poursuivre ses études chirurgicales.

Ce prix portera le nom de « Fondation Jules-Emile Péan ».

### Prix international de médecine du travail

L'Institut royal Lombard de sciences-lettres décernera un prix de 10.000 lires à l'auteur d'une étude qui apportera une contribution importante à un point de la médecine du travail.

Le concours est ouvert jusqu'au 31 décembre 1931.

### Union des établissements thermaux et des Stations climatiques de France

M. Molinéry a reçu une délégation, à Luchon, des élèves de l'Institut d'hydrologie et de climatologie de la Faculté de médecine de Toulouse. Ceux-ci se basant sur ce fait qu'ils ont dû s'inscrire pour des cours supplémentaires se référant à l'hydrologie et à la climatologie en vue de l'obtention d'un diplôme spécial, demandent d'être traités comme les médecins, c'est-à-dire la gratuité auprès de tous les établissements thermaux de France.

M. Molinéry a transmis ces propositions à l'Union des établissements thermaux, afin que celles-ci soient portées à l'ordre du jour de sa prochaine assemblée générale.

Il faut espérer que l'Union des établissements thermaux de France se fera un plaisir de donner un avis favorable à la proposition des étudiants de Toulouse et que l'an prochain les jeunes diplômés bénéficieront de la gratuité.

### Légion d'honneur

Sont nommés :

*A la dignité de grand croix :* M. le Pr d'Arsonval, membre de l'Académie de médecine.

*Au grade d'officier :* M. le Dr Gardette, président de la Fédération thermale et climatique, secrétaire de l'Association de la Presse médicale française. Nous lui adressons nos bien sincères félicitations; M. Ozoux, directeur du service de santé et de l'hygiène publique à la Réunion: M. le Dr Du Bouchet (américain).

*Au grade de chevalier :* M. le Dr Philippe; MM. Henri Abbas, au Caire (Egypte); Hulmann, à Paris; Tran Ngoc An, médecin indochinois; Dubois, à Lille; Hallion, à Paris; R. Parmentier, à Clermont-de l'Oise (Oise); Picot, à Marseille.

### Médaille d'honneur des assurances sociales

*Médaille d'or.* — MM. Bach, à Sarre-Union (Bas-Rhin); Forrer, à Dettwiller (Bas-Rhin).

*Médaille de bronze.* — M. Pecker, à Amnellé (Moselle.

### Médaille d'honneur des épidémies

*Médaille d'argent.* — M. Gaudoin, élève en médecine, faisant fonctions d'externe à l'hôpital Saint-Louis.




## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

### Médaille des épidémies

Les récompenses suivantes sont accordées aux personnes désignées ci-après, en témoignage du dévouement dont elles ont fait preuve à l'occasion des épidémies qui ont sévi aux colonies en 1929-1930.

*Médaille d'or.* — M. Francière, médecin principal de l'assistance médicale du Laos.

*Médaille d'argent.* — M. Rabenandrasana, médecin principal de 2e classe.

*Médaille de bronze.* — MM. Bodros, médecin d'hygiène de Haïphong; Trân Van Tâm, médecin indo-chinois de 3e classe; Maury, Le Rouzic, médecins capitaines des T. C.; Rajasnarison, médecin de 1re classe de l'A. M. I.

### Congrès national de la natalité

A la demande de M. François-Marsal, président du comité permanent de la natalité, M. Paul Doumer, président de la République, a bien voulu accepter la présidence d'honneur du Congrès national de la natalité et des familles nombreuses qui se tiendra à Grenoble du 24 au 27 septembre prochain.

### Clinique chirurgicale de la Salpêtrière (Pr A. Gosset).

**Consultations des maladies du foie et du tube digestif.** — Le Dr René A. Gutmann, médecin des hôpitaux, réservera pour l'année scolaire 1931-1932, deux places d'assistant libre à deux médecins, français ou étrangers, désirant se perfectionner en gastro-entérologie.

Ecrire au Dr Gutmann, Pavillon Osiris, Hospice de la Salpêtrière, boulevard de l'hôpital, Paris.

---

*Le gérant :* J.-B. BAILLIÈRE

# DERNIÈRES NOUVELLES

## Nécrologie

Madame Eugène Scnet, née Leconte, bellc-mère de M. le Dr Paul Cantonnet, officier de la Légion d'honneur. — Le Dr Adrien Duffo (de Versailles). — Le Dr Rafael Martinez Ortiz, ministre des Affaires étrangères de la Républiquc de Cuba. — Le Dr René Mesnard, médecin chef honoraire de l'Asile nationale de la Providence, chevalier de la Légion d'honneur. — M. Emile Fricotelli, bcau-père de M. le Dr Rabé. — Le Dr Doit-Lombron (de Luchon). — Le Dr Abel Massé (dc Paris).

## Mariages

M. le Dr De Martel ct Mme Marcel Ballot. — M. le Dr Hubert D'Hostel et Mme Surleau-Goguel, née Lefèvre-Pontalis.

## Fiançailles

Mlle Cécile Noir, fille de M. le Dr J. Noir, rédacteur en chef du Concours médical, et M. Pierre Convers (dc Choisy-lc-Roi). Nos sincères compliments au Dr Noir et nos meilleurs souhaits aux jeunes fiancés. — Mlle Jacqueline Guerder, fille de M. le Dr Pierre Guerder, et M. Adricn Cocssin de La Fosse.

## Hôpitaux de Paris

**Hôpital Bichat.** — Par décision du Conseil municipal les cadres du personnel médical de l'annexe de l'hôpital Bichat, boulevard Ney, sont fixés ainsi qu'il suit :

1° *Consultation de médecine (adultes) :* 1 médecin des hôpitaux, 1 assistant, 1 externe en premier, 2 externes.

2° *Consultation de médecine (enfants) :* 1 médecin des hôpitaux, 1 assistant, 1 externe en premier, 2 externes.

3° *Consultation d'oto-rhino-laryngologie :* 1 oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, 1 assistant, 2 externes.

4° *Consultation d'ophtalmologie :* 1 ophtalmologiste des hôpitaux, 1 assistant, 2 externes.

5° *Consultation dentaire :* 1 stomatologiste des hôpitaux.

6° *Pharmacie :* 2 internes en pharmacie.

## Hospices civils de Rouen

**Concours de médecin adjoint des hôpitaux.** — Le jeudi 18 février 1932, un concours aura lieu à l'hospice général à 16 heures 30 pour la nomination d'un médecin adjoint des hôpitaux, sous la présidence de l'un des membres de la Commission administrative des hospices civils de Rouen.

*Epreuves.* — Les épreuves se composent : 1° de l'examen des titres et travaux des candidats ; 2° d'une épreuve orale sur un sujet d'anatomie et de pathologie médicale; 3° d'une épreuve écrite sur un sujet de pathologie médicale; 4° d'une leçon clinique avec indication du traitement sur deux malades choisis par le jury; 5° d'une démonstration d'anatomie pathologique.

La question à traiter sera la même pour tous les concurrents; l'un d'entre eux, désigné par le sort, la tirera de l'urne dans laquelle auront été jetées les questions adoptées par le jury, en séance secrète.

*Conditions d'admission au concours.* — Nul ne peut être admis à concourir s'il n'est français ou naturalisé français, âgé de 25 ans révolus et pourvu, depuis deux années au moins, du diplôme de docteur en médecine conféré par le Gouvernement français.

Le stage de pratique médicale n'est pas exigé des candidats qui justifieront de deux années au moins de services dans les hôpitaux de Paris en qualité d'élèves internes nommés au concours.

# DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

La même dispense est appliquée aux élèves internes des hôpitaux de Rouen nommés au concours qui justifieront également de deux années de services effectifs en cette qualité et auront, en outre, obtenu au concours la place de prosecteur de l'Ecole de médecine de cette ville ou seront lauréats du prix Pillore (médaille d'or).

Pour le présent concours, la dispense du stage de pratique médicale est accordée aux candidats qui auront été mobilisés pendant deux années pendant la guerre 1914-1918.

Les candidats devront : 1° se faire inscrire à la Direction enclave de l'hospice général; la liste d'inscription sera close le 24 janvier 1932, à 18 heures, et passé cette date aucune inscription ne sera admise.

2° Déposer une demande contenant l'engagement de se conformer aux règlements des hôpitaux, faits ou à faire; un extrait conforme de leur acte de naissance; un certificat de moralité; leur diplôme de docteur en médecine; les pièces constatant qu'ils sont français ou naturalisés français; la nomenclature des titres qu'ils font valoir et plusieurs exemplaires de leurs travaux; la justification, le cas échéant, de leurs qualité d'ancien interne des hôpitaux de Paris ou de Rouen et des fonctions qu'ils ont remplies ou des récompenses qu'il ont obtenues, ainsi que de leurs états de services militaires.

Sur le vu de ces pièces, l'administration statue sur l'admissibilité au concours. Sa décision est notifiée aux candidats.

Le concours est public.

Aucun candidat ne pourra entrer dans les hospices pour y visiter les infirmeries durant les vingt-cinq jours qui précèderont le concours.

Les fonctions de médecin adjoint sont gratuites. Les médecins adjoints, lorsqu'ils remplacent les chefs de service, reçoivent, au prorata, l'indemnité de fonctions calculée à raison de 5.000 francs par an.

**Concours pour quatre places d'interne titulaire et six places d'interne provisoire en médecine.**— Un concours pour la nomination à quatre places d'interne titulaire et six places d'interne en médecine dans les hôpitaux de Rouen, aura lieu le jeudi 5 novembre 1931. Les épreuves commencerent à 16 heures 30 à l'hospice général, salle des séances.

*Admission au concours.* — Pour être admis au concours, les étudiants en médecine doivent être âgés de 20 ans au moins et de 28 ans au plus, être pourvus de huit inscriptions de doctorat ainsi que du titre d'externe décerné au concours et justifier de deux années de stage dans un hôpital.

Les postulants remplissant ces conditions, déposeront à cet effet au secrétariat des hospices avant le 21 octobre 1931, à douze heures :

1° Une demande d'inscription contenant l'engagement de se conformer aux règlements des hôpitaux ainsi qu'aux décisions ultérieures qui pourront être prises par la Commission administrative. Cette demande comportera, en outre, l'engagement, en cas de nomination, de participer pendant la première ou la seconde année de leur mandat, au concours de l'Ecole de médecine pour l'attribution du prix Pillore.

2° Un acte de naissance.

3° Un certificat de l'Ecole de médecine constatant qu'ils sont pourvus d'au moins huit inscriptions de doctorat.

4° La justification de deux années de stage dans un hôpital.

Tout étranger à l'Ecole de Rouen devra, en outre, présenter la justification du titre d'externe décerné au concours et un certificat de la Commission administrative des hospices auxquels il a été attaché, constatant qu'il a rempli ses devoirs avec exactitude sans encourir de reproches graves.

Les candidats inscrits à l'Ecole de Rouen produiront des certificats de leur chefs de service constatant également qu'ils ont accompli leur devoir sans encourir de reproches graves.

Ces pièces seront soumises avant le concours à la Commission administrative qui pourra écarter les candidats dont les certificats ne lui paraîtraient pas suffisants.

*Epreuves.*— Pour chacune des épreuves orales ou écrites, les candidats auront à traiter une question d'anatomie et une question de pathologie interne ou externe.

Pour la première, ils auront 10 minutes de réflexions et 10 minutes d'exposition.

Trois heures sont accordées pour les questions écrites.

# DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

*Service et traitement.* — La durée de l'internat est de quatre années pour les titulaires et d'une année pour les provisoires.

L'interne est attaché spécialement à une division médicale ou chirurgicale et, pour l'exécution du service, placé sous l'autorité immédiatement de son chef.

Il a pour mission spéciale : 1° D'apporter, en l'absence du chef de la division, les secours de l'art aux malades qui les réclament. 2° De procéder exceptionnellement à la réception des malades. 3° De faire tous les jours, à 16 heures, une contre-visite dans la division à laquelle il appartient. 4° D'assurer à tour de rôle, soit un jour sur six et pendant 24 heures consécutives, le service de garde, sans pouvoir s'y faire suppléer, hormis le cas d'une autorition de l'Administration.

Les internes sont logés et nourris dans l'hôpital où ils font leur service. Ils reçoivent en outre, une indemnité mensuelle de 200 francs pendant la première année, 250 francs pendant la deuxième, 300 francs pendant la troisième et 350 francs pendant la quatrième année. Les internes nommés au concours peuvent terminer leurs études et soutenir leur thèse de doctorat sans être tenus de résigner leurs fonctions. Sous condition expresse de s'abstenir de tout acte d'exercice de la médecine à l'extérieur lorsqu'ils ont obtenu le diplôme de docteur en médecine, ils sont maintenus en fonctions et reçoivent une indemnité mensuelle de 350 francs.

Le règlement du concours est à la disposition des intéressés au secrétariat des hospices, 1, rue de Germont.

**Concours pour l'externat des hôpitaux.** - Le jeudi 22 octobre 1931, à 16 heures 30, s'ouvrira à l'hospice général, dans la salle des séances de la Commission administrative, un concours pour le titre d'externe des hôpitaux de Rouen.

*Admission au concours.* — Pour être admis au concours, les étudiants en médecine appartenant aux Ecoles ou Facultés françaises doivent déposer au secrétariat des hospices, 1, rue de Germont, avant le 7 octobre 1931, à midi :

1° Une demande d'inscription contenant l'engagement de se conformer aux règlements des hôpitaux, faits ou à faire.

2° Un certificat de l'Ecole de médecine constatant qu'ils sont titulaires d'au moins quatre inscriptions de doctorat.

3° Un certificat de leur chef de division portant appréciation de leurs services. Ces pièces seront soumises, avant le concours, à la Commission administrative qui pourra écarter les candidats dont les certificats ne lui paraîtraient pas suffisants.

La décision prise sera notifiée aux intéressés.

*Epreuves.* — Les candidats auront à répondre par écrit à quatre questions d'anatomie, quatre questions d'histologie et quatre questions de pathologie interne ou externe, d'après une liste dont ils pourront prendre connaissance au secrétariat des hospices.

Les questions seront les mêmes pour tous les postulants

Une heure sera accordée pour répondre par écrit à ces questions.

La notation se fera sur la base de 10 points par question, soit un maximum de 120 points pour l'ensemble de l'épreuve.

Aucun candidat ne pourra être nommé externe s'il ne réunit pas les trois cinquièmes du maximum des points.

*Avantages.* — Le titre d'externe sera attribué pour trois années.

Il confèrera, d'après l'ancienneté et l'ordre de classement, un droit d'option pour le choix des places disponibles dans le service après la répartition faite par les chefs de service.

Les emplois d'élèves résidents seront réservés aux étudiants pourvus du titre d'externe.

Le titre d'externe donne en outre le droit aux étudiants qui justifieront de huit inscriptions de se présenter au concours annuel du l'internat.

## Hôpitaux militaires

Le 7° alinéa de l'article premier du décret du 15 juin 1920, modifié par le décret du 12 mai 1925, est abrogé et remplacé par le suivant :

« Les médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux militaires sont, en principe, tenus d'accomplir deux ans de service médical de troupe dans chacun des grades de médecin capitaine et de médecin commandant. Il ne pourra être dérogé à ces

*

## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

prescriptions, dans chaque cas particulier, que par décision spéciale du ministre de la guerre ».

### Maison départementale de Nanterre

Le 15 décembre 1931 s'ouvrira un concours pour l'admission à des places d'interne en médecine et en chirurgie à occuper à partir du 1er janvier 1932, à la Maison départementale de Nanterre; et pour la désignation de candidats qui pourront être appelés, le cas échéant, à partir de la même date, à des places d'interne provisoire.

Les candidats ayant à accomplir le service militaire devront en faire la déclaration au moment de leur inscription.

Les internes titulaires reçoivent un traitement annuel de 9.200 francs, y compris l'indemnité de logement.

Une indemnité spéciale de 4 fr. 80 est allouée aux internes en fonctions pour le repas de midi; la même indemnité est allouée aux deux internes de garde pour le repas du soir.

Le prix de la carte d'abonnement au chemin de fer entre Paris Saint-Lazare et La Garenne-Bezons est remboursé aux internes.

Les internes ont droit, en outre, pour une période de 12 mois à un congé de 30 jours sans retenue de traitement.

Le registre d'inscription des candidats est ouvert dès maintenant à la Préfecture de police (sous-direction du personnel). Il sera clos le 12 novembre 1931, à midi.

### Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales de Marseille

La chaire d'hygiène militaire, d'hygiène tropicale, d'hygiène sociale, de prophylaxie et de police sanitaire sera vacante à la date du 31 décembre 1931, à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

Il sera procédé à la nomination du nouveau titulaire dans les conditions prévues par l'article 9 du décret du 22 août 1928 portant organisation de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

Les demandes des candidats, accompagnées de l'exposé de leurs travaux scintifiques et d'un état des services et revêtues des avis détaillés des autorités hiérarchiques, devront parvenir au ministre de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau) le 10 novembre 1931 au plus tard.

### Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales

Sont déclarés vacants à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales, à compter du 1er janvier 1932.

Un emploi de chef de service de stomatologie.

Un emploi de chef de service d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie.

Les demandes formulées par les candidats à ces emplois seront appuyées des titres scientifiques, revêtues de l'avis motivé des chefs de chacun d'eux et adressées au ministère de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), pour le 15 novembre 1931 au plus tard. (*Journal officiel*, 13 août 1931).

### La commémoration du deuxième centenaire de la création de l'Académie de chirurgie

L'Académie de médecine tiendra le mercredi 7 octobre, à 15 heures, en présence de M. le Président de la République et avec le concours de la Société nationale de chirurgie, une séance solennelle qui sera consacrée à la commémoration du deuxième centenaire de la création de l'Académie royale de chirurgie.

### Concours de médecin de dispensaire d'hygiène sociale

Un concours sur titres en vue de la nomination d'un médecin spécialisé chargé du dispensaire public départemental d'hygiène sociale des Pyrénées-Orientales (service antituberculeux) est ouvert du 20 août au 20 septembre 1931.

Le traitement annuel attaché à cette fonction est de 30.000 francs auquel s'ajouteront diverses indemnités.

Les dossiers des candidats devront être envoyés à

M. le président du conseil d'administration du dispensaire public départemental d'hygiène sociale, 2, rue Petite-la-Monnaie, à Perpignan, avant le 20 septembre, dernier délai.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris.

## Médaille du service de santé militaire

Les médailles d'honneur en or, en vermeil, en argent ou en bronze peuvent être décernées par le ministre de la Guerre aux personnes ayant apporté ou prêté leur concours au service de santé militaire, en dehors des périodes épidémiques, et qui se sont particulièrement signalées par leurs services ou leur dévouement.

Un arrêté ministériel déterminera les mesures de détail relatives à cette distinction.

## Voyage médical aux villes d'eaux tchécoslovaques

Le voyage se fera en autocar et on visitera Baden-Baden, Nuremberg, Francensbad, Marienbad, Carlsbad, Prague, Vienne, Budapest, les Alpes autrichiennes et Munich.

Départ le 12 septembre.

Prix : 3.600 francs.

Demander programme et renseignements à l'agence " Mon Voyage ", 9, rue de la Michodière, Paris (2e). Téléphone : Louvre 08-90.

## Concours pour l'admission à six emplois de médecins stagiaires de l'assistance médicale en Indochine

Un concours pour six emplois de médecins stagiaires de l'assistance médicale de l'Indochine s'ouvrira le 14 décembre 1931.

*Epreuves écrites éliminatoires* dans les trois centres de Paris, Bordeaux, Marseille :

1° Une composition sur un sujet de pathologie interne.

2° Une composition sur un sujet d'hygiène.

*Epreuves pratiques et orales* à Marseille :

1° Examen clinique de deux malades atteints l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale.

2° Epreuve de médecine opératoire avec interrogation sur l'anatomie de la région siège de l'opération.

*Conditions.* — Etre français, ou indigène indochinois, sujet ou protégé français, titulaire du diplôme d'Etat français de docteur en médecine ou produire un certificat de fin de scolarité et fournir ce diplôme avant l'ouverture du concours.

Etre âgé de 32 ans au plus à moins d'avoir des services antérieurs à l'Etat ou à la Colonie permettant d'obtenir à 57 ans d'âge une pension de retraite pour ancienneté de services.

Avoir satisfait à la loi sur le recrutement de l'armée.

Clôture de registre d'inscription le 13 octobre 1931 à 17 heures.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au ministère des Colonies, inspection générale du Service de santé, 2e section.

## Concours pour l'admission à six emplois de médecin de 2e classe de l'Assistance médicale indigène de Madagascar et dépendances

Un concours pour six emplois de médecin de 2e classe de l'Assistance médicale indigène de Madagascar et dépendances s'ouvrira le 16 décembre 1931.

*Epreuves écrites éliminatoires* dans les trois centres de Paris, Bordeaux, Marseille :

1° Une composition sur un sujet de pathologie interne.

2° Une composition sur un sujet d'hygiène et de prophylaxie.

*Epreuve pratiques et orales* à Marseille :

1° Examen clinique de deux malades atteints l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale.

2° Epreuve de bactériologie courante.

3° Epreuve de médecine opératoire avec interrogation sur l'anatomie de la région siège de l'opération.

*Conditions.* — Etre français, titulaire du diplôme d'Etat français de docteur en médecine ou produire un certificat de fin de scolarité et fournir ce diplôme avant l'ouverture du concours.

Etre âgé de 30 ans au plus, à moins d'avoir des services antérieurs à l'Etat ou à la Colonie permettant d'obtenir une pension de retraite pour ancienneté de services à 55 ou 60 d'âge.

Avoir satisfait à la loi sur le recrutement de l'armée.

Clôture du registre d'inscription le 15 octobre 1931.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au ministère des Colonies, inspection générale du Service de santé, 2e section.

## Légion d'honneur

Est nommé :

*Au grade de chevalier :* M. Etienne, officier de santé du corps médical indigène des établissements français de l'Inde.

## Association professionnelle internationale

Le conseil général de l'Association professionnelle internationale des médecins (A. P. I. M.) va tenir sa 6e session annuelle les 10, 11, 12 et 13 septembre prochain à Budapest.

L'ordre du jour comprend, comme principales questions : 1° Les résultats de l'enquête (P) de l'A.

## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

P. I. M. sur « l'Assurance maladie dans les divers pays »; 2° « La conférence européenne d'hygiène rurale » de juillet 1931, à Genève; 3° Les résultats de l'enquête (R) de l'A. P. I. M. sur « l'Assistance médicale rurale » ; 4° Les rapports respectifs à établir entre l'A. P. I. M. et les Associations médicales; 5° La création récente de « l'Office international de cinéma exécutif d'hygiène et de santé publique »; 6° Echange d'enfants entre médecins, etc.

Les trois premières sessions annuelles du Conseil général de l'A. P. I. M. eurent lieu à Paris, à son siège social (qui est maintenant, 95, rue du Cherche-Midi, dans l'hôtel de la Confédération des Syndicats médicaux français). La 4e session eut lieu à Berlin, en 1929, la 5e à Paris, en 1930, et cette année à Budapest.

L'A. P. I. M. comprend, actuellement les Groupements médicaux professionnels nationaux de 30 nations, qui sont :

Allemagne, Autriche, Belegique, Brésil, Bulgarie, Canada, Cuba, Danemark, Danzig, Etats-Unis, Espagne, Esthonie, France, Grande-Bretagne, Grèce, Hollande; Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Norvège, Palestine, Pérou, Pologne, Portugal, Roumanie, Suède, Suisse, Tchécoslovaquie, Urugay, Yougoslavie.

Chaque groupement est en rapport constant et direct avec le secrétariat général de l'A. P. I. M. par son « Correspondant national » qui est, d'ordinaire, le Président ou le Secrétaire général du groupement. Et ces groupements sont eux-mêmes d'importance dans chaque pays, où ils sont composés de la grande majorité des confrères. Outre celui de France (dont chacun connaît la Confédération des Syndicats médicaux), nous citerons, comme exemple, le Groupement allemand avec ses 45.000 médecins; la British médical association, avec ses 32.000 adhérents; l'Américan médical association avec ses 92.000 adhérents, etc.

Chaque année l'A. P. I. M. fait plusieurs grandes enquêtes internationales, parmi lesquelles nous citerons seulement quelques-unes comme : *a*) l'Enquête (E) sur la spécialisation en médecine et les médecins spécialistes; *b*) l'Enquête (F) sur la liberté de prescription pour le médecin et le régime de « spécialités », en médecine sociale; *c*) l'Enquête (H) sur l'exercice de la médecine dans les divers pays; *d*) l'Enquête (J) sur les méthodes administratives adoptées contre la mortalité maternelle obstétricale; *e*) l'Enquête (L) sur les prompts secours en cas d'accidents sur la voie publique, *f*) l'Enquête (M) sur la lutte antituberculeuse dans les divers pays; *g*) l'Enquête (P) sur l'assurance maladie dans les divers pays; *h*) l'Enquête (R) sur l'assistance médicale rurale, etc.

Tous les résultats de ces enquêtes, ainsi que tout ce qui concerne la médecine sociale paraissent dans la " Revue internationale de médecine professionnelle et sociale ", organe officiel de l'A. P. I. M., brochure de 150 à 180 pages qui paraît tous les 3 mois. (Rédaction et administration, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (6e). Abonnement : 20 francs français par an ou 4 francs suisses.)

Nous avons pensé que tous ces détails ne seraient peut-être pas sans intérêt, pour ceux de nos confrères qui, ne connaissant pas encore l'A. P. I. M. et sa revue, s'intéressent aux grandes questions internationales de médecine sociale dont l'importance s'accroit chaque jour et dont l'influence est appelée à devenir de plus en plus grande sur l'exercice même de la médecine et la vie journalière du médecin praticien.

---

*Le gérant :* J.-B. BAILLIÈRE

# DERNIÈRES NOUVELLES

## Nécrologie

Le Dr Hart Siébert, bectériologiste berlinois, décédé à l'âge de 59 ans. — Le Dr Jean Camail, médecin général des troupes coloniales en retraite, commandeur de la Légion d'honneur. — Madame Mirtile Cahen, mère de M. le Dr Albert Cahen. — Le Dr Paul Sage (de La Tour du Pin). — Le Dr Vecchi, le doyen des médecins italiens établis dans l'Amérique du Nord, décédé à l'âge de 84 ans. — Le Dr Speckbacher, un des médecins autrichiens les plus âgés, décédé à l'âge de 92 ans près de Salzbourg. — Le Dr Marchant (de Boismont). — Le Dr François Trévoux (de Lyon), ancien secrétaire général de l'Association des médecins du Rhône, décédé à l'âge de 68 ans. — Le Pr Walker.

## Mariages

M. Henri Guilmard, fils de M. le Dr Alfred Guilmard, et Mlle Marie-Madeleine Talopp. — M. le Dr A. Dufleux et Mlle Renée Dumont, fille de M. le Dr Dumont. — M. le Dr André Bloch, laryngologiste des hôpitaux de Paris. et Mlle Georgette Natanson.

## Naissances

M. le Dr et Madame Gaston Giraud (de Montpellier) font part de la naissance de leur fille Marie-Claude. — M. le Dr et Madame Maurice Lefranc (d'Alger) font part de la naissance de leur fille Bernadette.

## Hôpitaux de Paris

**Liste alphabétique des candidats admissibles aux épreuves orales du concours de l'internat en médecine, 1931.** — Mlle Abadi, MM. Abaza, Aboulker, Mlle Abraham, MM. Adrianopoulos, Aliker, Alliliaire, Amante, Arnal, Arnous, Arvay, Arviset

Bartoux, Barcat, Baumgartner, Bastien, Beaufils, Benassy, Benoist, Bensaude, Béquignon, Bernard (Jacques), Bidou, Bigey, Billard, Bloch, Boisseau, Boissonnet (Jacques), Bonhomme, Bonnet (Georges), Bonnet (Pierre), de Botton, Bouchacourt, Bouley, Boulle, Bour, Bourdial, Boussoulade, Bouteau, Boutron, Bouwens Van der Boyen, Boyé (Pierre), Boyer (Isidore), Bréhant, Brincourt, Brinon, Brocard (Henri), Brouet, Broutman, Brunhes, Bureau.

Caby, Cachin, Camelot, Camus, Carrez, Castany, Catanné, Catinat, Chapireau, Chareire, Chatain, Chevallier (André), Chevallier (Roger). Coldefy, Corcos, Mlle Cottin (Amélie), M. Cottin (Pierre), Mlle Courrier, MM. Coussieu.

Damon, David (Lucien), Debidour, Debray (Charles), Dechaume-Moucharmont, Delaître, Delorme, Delort, Demartial, Desvignes, Désoteux, Dormay, Douay, Dreyfus (André), Dubois (Pierre), Dulot, Duperrat, Durandy, Dutray.

d'Escrivan, Esquirol.

Falk, Fasquelle, Ferroir, Feuillet, Findjanjian, Flori, Fontaine, Fourestier, François, Frosnais, Fuchs.

Mlle Gagneur, MM. Gahinet, Gaignerot, Gaultier (Michel), Gelbert, Genty (Philippe), Genty (Pierre), Ghosland, Giard, Gibert, Gillot, Girard, Goyer, Grépinet, Grèze, Grossiord, Groulier, Guichard, Guillaumat, Guison.

Mlle Hahn, MM. Hanaut, Hertz, Mlle Huguet, MM. Huguier.

Ichard, Iliovici, Israël.

Mlle Jamet, MM. Jouanneau, Jouffroy, Judet.

Kaplan, Kipfer, Klotz.

Lachmann, Lafon, Landrieu, Lanthier, Laude, Lauret, Le Cœur, Legry, Le Picard, Leroy (Louis), Levaditi, Lichtenberg, Mlle Liphschutz, M. Livieratos, Mlle Lyon, Mme Longuet (Georgette), MM. Macrez, Mallarmé, Marcombes, Marcy, Marre, Mar-

## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

tin (Mareel), Martrou, Maspétiel, Mathivat, Mendelsohn, Meyer (Jean), Minc, Mirbeau, Monier, Morax, Moreau (Jacques), Morono, Morin, Mouchotte (Maurice), Moulinier.

Nastorg, Nastier, Netter, Nomblot.

Mlle Oehmichen, MM. Offret, Olivier (Claude), Ortholan.

Pannet, Pêcher, Pellier, Pergola, Perreau (Pierre), Perret, Perrot (Raoul), Pescarolo, Pierra, Mlle Poindessault, MM. Pointud, Porge, Pourquié, Prunet, Pyt.

Rambert, Robert, Rodier, Rossignol, Rouvillois, Roux (Marcel), Roy (André-Louis).

Sabourin, Sacquépée, Mlle Salembiez, MM. Sambron, Sauvain, Scemama, Scheid, Séguin, Seringe, Sidi, Simon (Gaston), Soubrane, Soulignac, Soyer, Mlle Spire, MM. Stenwart, Stérin, Stréé, Schumann.

Terver, Thomann, Thorel, Tran-Quang-Dé, Tribalet, Trombert, Trotot.

Ullmann.

Varanget, Vauelin, Velez, Vendryes, Mlle Verlière, MM. Vial, Vidart, Vildé, Vincent (Jean), Voisin.

Werner, Wetterwald, Willot.

Yaich, Yovanovich.

Zhâ.

### Faculté de médecine de Paris

**Concours du clinicat.** — Des concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris, à 9 heures du matin, le lundi 19 octobre pour le clinicat gynécologique (1 titulaire avec traitement, 1 titulaire sans traitement, 1 adjoint); le clinicat obstétrical (1 titulaire avec traitement, 4 titulaires sans traitement, 1 adjoint); le clinicat médical thérapeutique (1 titulaire avec traitement, 2 titulaires sans traitement); le clinicat oto-rhino-laryngologique (1 titulaire avec traitement, 2 titulaires sans traitement).

Les candidats se feront inscrire au seerétariat de la Faculté tous les jours de 14 à 16 heures jusqu'au 10 octobre inclus.

### Académie de médecine

L'Académie tiendra en octobre deux séances solennelles :

La première, qui aura lieu le mercredi 7 octobre, à 15 heures, en présence de M. le Président de la République et avec le concours de la Société nationale de chirurgie, sera consacrée à la commémoration du deuxième centenaire de la création de l'Académie royale de chirurgie.

La seconde aura lieu le mardi 13 octobre et sera consacrée à la médecine et à l'hygiène coloniales.

### Ecole de médecine de Grenoble

M. le Dr Marcel Couturier est nommé chef de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Grenoble.

### Ecole de médecine de Nantes

M. Pelous, professeur suppléant d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Nantes, est maintenu en fonctions pour un an.

### Hôpitaux de Nantes

M. le Dr Robert Bureau a été nommé chirurgien suppléant des hôpitaux de Nantes.

### Congrès international de neurologie à Berne

Le Congrès international de neurologie de Berne a été ouvert par un chaleureux discours du président fédéral de la Suisse en présence des délégués de presque tous les pays du monde.

La présence du professeur Pavlof, de Leningrad, qui, malgré son grand âge, il a actuellement 82 ans, poursuit encore ses recherches, a donné lieu à une manifestation de sympathie très cordiale.

La Faculté de Berne a profité du Congrès pour décerner des diplômes d'honneur aux docteurs Cushing, de Boston, et C. Sherrington, d'Oxford, qui continuent l'enseignement de Kocher qui les eut pour élèves à cette même Faculté.

Le Congrès a passé ensuite à l'ordre du jour de ses travaux sous la présidence du professeur B. Sachs, président de la Société neurologique américaine.

### IIe Congrès international de pathologie comparée (Faculté de médecine de Paris du 14 au 18 octobre 1931).

But exclusivement scientifique. — Etude des maladies communes à l'homme et aux animaux, et des

## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

rapports pouvant exister entre les maladies des différentes espèces. Le Congrès s'occupera aussi de pathologie végétale et des relations possibles entre certaines maladies des plantes et celles des animaux.

Il comprend : des membres d'honneur, des membres actifs, des membres associés (membres de la famille des congressistes); admis aux séances, fêtes, réceptions, et profitant des avantages offerts aux congressistes.

Un comité de dames sera constitué.

*Cotisation :* Membres actifs : 100 francs, donnant droit aux volumes des comptes rendus et aux différents imprimés; membres associés : 50 francs.

Envoyer les adhésions au secrétaire général, 7, rue Gustave Nadaud, Paris (14e).

Les cotisations au trésorier, 77, rue Denfert-Rochereau, Paris (14e).

Les congressistes recevront leur carte, ils bénéficieront d'avantages spéciaux : chemins de fer français (50 %) etc., hôtels, restaurants, etc.

Les rapports et communications présentés dans une langue étrangère (anglais, allemand, espagnol, italien) devront être accompagnés d'un court résumé en français.

Ces rapports écrits en langues étrangères seront limités à 16 pages du compte rendu imprimé et les communications à 2 pages (pages de 45 lignes de 65 lettres environ).

Les frais supplémentaires d'impression seront au compte des auteurs.

Au cours des séances, les orateurs pourront parler dans leur langue nationale. Le résumé qu'ils donneront devra être écrit en français.

L'exposé des rapports ne devra pas durer plus de vingt minutes. Leur texte ne devra pas occuper plus de 32 pages du compte rendu imprimé (pages de 45 lignes de 65 lettres environ).

Durée des communications limitée à 10 minutes, leur texte à 2 pages dudit compte rendu.

Le texte devra être remis immédiatement après la séance au secrétaire en fonction, et accompagné d'un court résumé destiné à la presse.

Tous ces documents dactylographiés, sans caractères douteux.

Pour les figures ou graphiques, les clichés seront fournis par les auteurs ou établis à leur compte; ils resteront leur propriété.

Au cours des discussions, chaque argumentateur, sauf décision contraire du président, ne devra pas parler plus de 5 minutes. Chaque orateur devra immédiatement remettre au secrétaire de séance, une note portant nom et adresse.

Ordre du jour: — TUBERCULOSE (VACCINATION). — *Rapports :* M. le Pr Calmette : La vaccination antituberculeuse chez l'homme.

M. le Pr Gerlach (de Vienne) : La vaccination antituberculeuse chez les animaux.

M. le Pr Kfouri : Recherches sur la vaccination antituberculeuse curative par les sérums et plasmas tuberculeux toxiques.

Service provincial d'hygiène du Canada : Sur le B. C. G.

LES BRUCELLOSES HUMAINES ET ANIMALES. — *Rapports :* M. le Dr M. Kristensen (de Copenhague) : Brucellose humaine.

M. le Pr Oluf Bang (de Copenhague) : Brucellose animale.

LE LAIT - AGENT PATHOGÈNE. — *Rapports :* M. le Dr Lesné et Mlle le Dr Dreyfus-Sée : Le lait, agent pathogène.

MM. les Prs Porcher et Tapernoux (de Lyon) : Le lait, agent pathogène.

LES CARENCES MINÉRALES. — *Rapports :* M. le Pr Simonnet et Mme L. Randoin : Les carences minérales.

M. Sjollema (dUtrecht) : Les carences minérales chez les animaux.

M. Wester (d'Utrecht) : Les carences minérales chez les animaux.

M. H.-B. Humphray (de Washington) : Rapport sur les recherches américaines relatives aux maladies végétales dues aux carences minérales.

M. le Pr J. Erikson (de Stockholm) : Sur l'hivernation et la réapparition des maladies cryptogamiques chez les végétaux.

M. le Dr Kootte (de Fribourg in B.): Influence du pH sur le développement de quelques bactéries phytopathogènes.

LES ULTRA-VIRUS. — *Rapports :* M. le Dr Hauduroy : Les ultra-virus chez l'homme.




# DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

M. le Pʳ Flu (de Leyde) : Les ultra-virus de l'homme.

M. Quanjer (de Wagenningen) : Les maladies à virus des plantes.

M. le Dʳ Gussow (Canada): Maladies à virus dans le monde.

M. le Dʳ Von Brehmer (de Berlin) : Sur le virus des maladies de différentes cultures de plantes.

M. D. Reddick (d'Ithaca) : La transmission du virus de la mosaïque du haricot par le pollen.

M. le Dʳ Von Brehmer (de Berlin) : Pathologie comparée et lutte biologique des maladies en virus en général.

Les helminthiases. — *Rapports :* MM. les Pʳˢ Joyeux (de Marseille) et Baer : Sur les helminthiases chez l'homme.

M. Stevenel, médecin inspecteur général des colonies : La " déparatisation " intestinale en France.

M. Lefroux, médecin inspecteur général des colonies : Le parasitisme intestinal en Afrique noire.

## Asiles publics d'aliénés

Un poste de médecin chef des asiles publics d'aliénés est vacant à la maison nationale de Charenton par suite de la nomination de M. le Dʳ Paul Abely dans les asiles départementaux de la Seine.

Un poste de médecin chef des asiles d'aliénés est vacant à la maison de santé de Saint-Dizier (Haute-Marne) par suite du rétablissement d'un second poste de médecin dans cet établissement.

Le poste de médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Sarreguemines est déclaré vacant.

Un poste de médecin chef de service est vacant à l'asile d'aliénés de Dury-les-Amiens et un autre à l'asile d'aliénés de la Seine-Inférieure.

## Service de santé de la marine

Par décision ministérielle du 7 août 1931, les médecins principaux, spécialistes des hôpitaux maritimes, dont les noms suivent, ont été nommés aux emplois ci-après :

**Chef du laboratoire de bactériologie à l'hôpital maritime de Cherbourg.** — M Breuil (A.-P.-M.), Rochefort-Cherbourg, médecin major du « Courbet », en remplacement de M. Duliscouet, qui terminera sa période d'affectation le 1ᵉʳ septembre 1931.

**Chef du service d'oto-rhino-laryngologie à l'hôpital maritime de Sidi Abdallah.** — M. Souloumiac (G.-A.-J.), Toulon-Cherbourg, médecin major des compagnies de formation indigène à Sidi-Yahia.

**Chef du laboratoire de bactériologie à l'hôpital maritime de Sidi-Abdallah.** — M. Maudet (V.-J.-F.), Rochefort-Brest, professeur à l'Ecole principale du service de santé de la marine à Bordeaux, en remplacement de M. Le Chuiton, appelé à d'autres fonctions.

## Légion d'honneur

Sont nommés :

*Au grade d'officier :* M. Mossé (Joseph), médecin de l'Ecole nationale professionnelle de Saint-Etienne.

*Au grade de chevalier :* M. Navarre, chef de travaux à l'Institut d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris; MM. les Dʳˢ Georges Grabois (de Paris); Jean Thiers, Bessière, Patron (d'Oran) ; Saric (de Targon); Gallice (de Langeac); Mouthe (d'Orbay-Patris); Guelfucci; Picot (de Marseille).

## Médailles d'honneur de l'assistance publique

*Médaille d'or.* — MM. Feret du Longbois, chef du cabinet du ministre de la santé publique; Wilhaux, médecin directeur du préventorium de Camiers.

*Médaille d'argent.* — M. Broquin-Lacombe, médecin directeur des services d'hygiène de Troyes.

## Service de santé des troupes coloniales

A la suite du concours institué par la circulaire ministérielle du 10 février 1931, sont nommés :

Pharmaciens chimistes des hôpitaux coloniaux ; MM. Bonnet (Pierre-Jean-Baptiste), pharmacien capitaine du dépôt des isolés des troupes coloniales à Marseille; Lozach (Jean-Pierre-Marie), pharmacien capitaine de l'hôpital militaire de Fréjus; Provost (Julien-Baptiste-Marie), pharmacien capitaine de l'hôpital militaire de Fréjus.

---

*Le gérant :* J.-B. BAILLIÈRE

## DERNIÈRES NOUVELLES

### Nécrologie

M. Henri Ecalle, docteur en pharmacie à Paris, père de M. le Dr Gaston Ecalle, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, accoucheur des hôpitaux de Paris. — Le Dr Belille, ancien médecin chef de la marine. — Le Dr A. Besson, ancien chef du laboratoire de bactériologie de l'hôpital Péan, et ancien chef du laboratoire de bactériologie à l'hôpital du Val de-Grâce pendant la guerre, officier de la Légion d'honneur. Il est l'auteur de nombreux travaux, citons en particulier sa Technique microbiologique et sérothérapique (8e édition) et son Traité de Désinfection en collaboration avec M. Ehringer. Nous adressons à Madame Besson l'expression de de notre douloureuse sympathie. — Le Dr Paul-Emile Lévy, ancien interne des hôpitaux de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, père de M. le Dr Paul Lévy, élève du Pr Bernheim, auteur de nombreux ouvrages en particulier : L'Education de la volonté. — Le Dr Charles Bénédic (de Brienne-le-Château). — Le Dr Bernard (de Bouclans, Doubs). — Le Dr Gabriel Berry (de Paris), directeur de la médecine internationale, secrétaire adjoint de l'Umfia, décédé à l'âge de 69 ans. — Le Dr Boyé (d'Egriselles-le-Bocage). — Le Dr Cassan (de Cordemais). — Le Dr Armand Chevalier (de Lancouacq). — Le Dr Issaline (de Maiche). — Le Maupetit (d'Angers). — Le Dr Joseph Molinié, président du Comité médical des Bouches-du-Rhône) — Le Dr Poupy (de Brigueil). — Le Dr Léon Salvan (de Villemomble). — Le Dr Isidore Simon (d'Orsannes). — Le Dr Louis Vasseur (de La Capelle-Bainethun). — Madame Du Bouchet, femme de M. le Dr Du Bouchet, chirurgien de l'hôpital américain de Paris, mère de M. le Dr Marie du Bouchet-Laporte, belle-mére de MM. les Drs Nadia Velter du Bouchet et Antoine Laporte. — Le Dr Louis Rouvière (de Voiron). — M. Maurice Lambert, externe des hôpitaux de Paris. — Le Dr Piana, radiologue italien, directeur de l'Institut de radiologie de Gênes pendant 25 ans, décédé victime de la science. — M. Balthazard, décédé à Vence à l'âge de 82 ans, père de M. le Pr Balthazard, doyen de la Faculté de médecine de Paris. Nous prions notre cher Doyen d'agréer l'expression de notre bien douloureuse sympathie.

### Mariages

M. le Dr Vigoni et Mlle Hélène Boulanger. — Mlle Madeleine de Nobèle, fille de M. le Dr de Nobèle, professeur à l'Université de Bruxelles, et M. le Dr Lucien Van Hoof (de Bouchout). — Mlle Andrée Finck, docteur en pharmacie, fille de M. le Dr Charles Finck (de Vittel), chevalier de la Légion d'honneur, et M. André Fournier, docteur en droit, avocat à Grasse, fils de M. le Dr Henri Fournier (de Cannes). Nos sincères félicitations et nos meilleurs vœux.

### Hôpitaux de Paris

**Concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine vacantes le 15 janvier 1932 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.** — L'ouverture du concours aura lieu le mercredi 21 octobre 1931, à 9 heures 1/2 au Gymnase Voltaire, 1, rue Japy (XIe).

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, Bureau du Service de santé, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, depuis le jeudi 10 septembre jusqu'au samedi 3 octobre 1931, inclusivement.

Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours.



## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

### Ecole de médecine de Besançon

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Besançon aura lieu le 20 décembre 1931 à la Faculté de médceine de Nancy.

### Hôpital Rothschild

Un concours pour deux places d'internes titulaires et deux places d'internes provisoires aura lieu en décembre, à l'hôpital Rothschild, 15, rue Santerre. Des conférences préparatoires sont données par les internes en exercice.

Pour tous renseignements, s'adresser à la salle de garde de l'hôpital.

### Hôpital Saint-Michel

Une place d'interne en titre et une place d'interne remplaçant sont à pourvoir dans le service de gastro-entérologie de M. le Dr Maurice Delort.

SERVICE DES INTERNES. — *Interne en titre :* service de la consultation et des salles chaque matin, à partir de 9 heures.

Contre-visite chaque après-midi. (L'interne assiste en outre aux opérations des malades du service).

*Interne remplaçant :* il assure le service avec l'interne titulaire, régulièrement une fois par semaine. il remplace le titulaire chaque fois que celui-ci s'absente.

RÉTRIBUTION. — L'interne en titre reçoit 300 francs par mois. Il est nourri à l'hôpital.

L'interne remplaçant reçoit 150 francs par mois, il est nourri à l'hôpital son jour de service et ses jours de remplacement. Il touche, si le remplacement est de plusieurs jours, le traitement que ne touche pas le titulaire.

Les demandes doivent parvenir avant le 1er octobre à M. le Dr Delort, chef du service de gastro-entérologie à l'hôpital Saint-Michel (prière d'indiquer sur l'enveloppe qu'il s'agit de cette demande). Elles doivent comporter l'indication de tous les titres du candidat. Elles seront classées par ordre de valeur des titres exprimés. La cotation sera affichée en même temps que la liste de classement.

La liste de classement des candidats sera affichée à l'hôpital Saint-Michel, à partir du 5 octobre. Les 5 premiers de cette liste seront appelés à se présenter dans le service par lettre individuelle.

Si aucun ne peut accepter le service, ceux qui suivront seront convoqués par fraction de 5, de la même façon.

Leur nomination sera présentée ensuite à l'agrément du Dr Récamier, médecin chef de l'hôpital.

### Légion d'honneur

Sont nommés :

*Au grade de commandeur :* M. Nicolle, directeur de l'Institut Pasteur, à Tunis.

*Au grade d'officier :* M. M. Cuenod, à Tunis; M. le Dr Chaize, ancien aide-major de 1re classe.

*Au grade de chevalier :* M. Bouquet, à Tunis.

### Mdailles d'honneur de la Mutualité

*Médailles d'or.* — MM. Reynaud, à Poussan (Hérault); Bec, à Paris; Rigal, à Chevreuse (Seine-et-Oise)

*Médailles d'argent.* — MM. Sicard, à Montluçon (Allier); Daviod, Magdan, à Nice (Alpes-Marttimes); Nègre, à Marseille; Facy, Hutinet, Parrot, Simon, Tournemelle, à Paris; Corbin, à Amiens (Somme); Traulanne, au Luc-en-Provence (Var).

*Médailles de bronze.* — MM. Menu, à Laon (Aisne); Duclas, Ménard, à Nice (Alpes-Maritimes); Lebasteur, à Grasse (Alpes-Maritimes); Manine-Ilitou, à Rochefort (Charente-Inférieure); Pfiffer, à Strasbourg (Bas-Rhin); Bourg, à Paris; Desprairies, à Joinville-le-Pont (Seine); Coudrain, à Dammarie-les-Lys (Seine-et-Marne); Vautier, à Jouy-en-Josas (Seine-et-Oise ; Matheron, au Luc-en-Provence (Var); Lembroso, à Tunis (Tunisie).

*Mention honorable.* — M. Deglaire, à Montgeron (Seine-et-Oise).

### Officier de l'Instruction publique

M. le Dr Hanriot (d'Einville).

### Officiers d'Académie

MM. les Drs Moquet (d'Arnay-le-Duc); Morin (de Paris).

# DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

## Université de Milan

M. le Dr Ivo Nasso, directeur de la clinique pédiatrique de l'Université de Messine, est nommé professeur de pédiatrie à l'Université de Milan.

## Université de Messine

M. le Dr Salvatore Maggiore, professeur de clinique pédiatrique à l'Université de Bari, est nommé directeur de la clinique pédiatrique de l'Université de Messine.

## Chambre syndicale des pharmaciens de la Seine

Le nouveau bureau pour trois ans est ainsi composé :

Président : M. Bernard, 11, rue Lafayette ;

Vice-présidents : MM. Bocquet, 91 bis, rue de la Chapelle; Tertrau, 20, faubourg Poissonnière; Tanret, 31, avenue du Président Wilson à Montreuil ;

Secrétaire général : M. Denisot, 19, rue de Fleurus;

Secrétaire adjoint : M. Marque, 5, rue Parmentier à Ivry-sur-Seine;

Trésorier : M. Jacob, 55, rue des Petits-Champs;

Trésorier adjoint : Collesson, 5, rue d'Angoulême;

Archiviste : M. Bensimon, 36, rue des Martyrs;

Archiviste adjoint : M. Vallat, 17, boulevard Saint-Germain.

## Médecins de l'Etat Civil

Sont nommés médecin de l'état civil :

MM. Reyt, pour le Ve arrondissement, 2e circonscription; Coyla, pour le IIIe arrondissement, 1re circonscription.

## Salon des médecins

Le Salon des médecins se tiendra cette année au Cercle de la librairie, 117, Boulevard Saint-Germain, du 4 au 12 octobre.

## Congrès du lymphatisme

La Société des eaux minérales et le Syndicat médical de La Bourboule organisent un Congrès international du lymphatisme, pour septembre 1933. Des renseignements précis seront communiqués à la presse médicale et scientifique aussitôt que les grandes lignes du programme auront été présentées à la Société d'hydrologie.

## Un legs à l'Académie de médecine pour la création d'un prix devant récompenser des travaux sur la tuberculose et le diabète

L'Académie de médecine vient d'être autorisée, par décret, à accepter le legs qui lui a été consenti par M. Rieaux (Isaac-Léon), d'un somme de 300.000 francs. Ce capital devra être placé en rentes sur l'Etat français de façons à constituer deux titres d'égale valeur. Les arrérages de ces rentes seront destinés à fonder deux prix annuels que l'Académie décernera à son gré à des savants français ou étrangers pour récompenser les travaux qu'ils auront faits en vue d'arriver à la guérison du diabète et de la tuberculose.

## Troisième cours de perfectionnement médical de la Fondation Tomarkin, à Locarno, du 11 au 25 octobre 1931

La Fondation Tomarkin donnera son troisième cours de perfectionnement médical à Locarno, du 11 au 25 octobre 1931.

Les médecins qui désirent participer à ce cours recevront tous les renseignements (programme, facilités de voyage et de séjour à Locarno) en s'adressant au secrétaire de la Fondation, à Locarno (canton du Tessin, Suisse).

## Les médecins amis de La Baule

Sous l'impulsion du Dr Cattier (de Paris) un groupement des médecins amis de La Baule a été fondé le 27 août et reconnu oficiellement par M. le maire de La Baule en un déjeuner où des discours ont été prononcés par M. le maire, M. Barthélemy, doyen de la Faculté de droit, le Dr Baratoux, le Pr Calderon (de Colombre), M. Gommy, le Dr Cattier.

Le but de ce groupement est de contribuer au développement de La Baule en faisant mieux connaître cette station « paradis des enfants ».

## Appel aux compétences professionnelles

En prévision du prochain décret du ministre du travail, portant création de « Conseiller des métiers français », il est fait appel sur tout le territoire national aux divers praticiens possédant des connaissances professionnelles et une expérience éprouvées : économistes, juristes, journalistes, ar-




## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

chitectes, médecins, hygiénistes, financiers, ingénieurs, agriculteurs, commerçants, industriels, assureurs, techniciens, chefs d'entreprises, artistes, maîtres et professeurs, etc., susceptibles d'apporter aux artisans l'appui de leurs connaissances et de leurs conseils.

Les candidats doivent fournir en outre de leur curriculum vitæ, les références personnelles de nature à établir leur compétance professionnelles. Les postulants agréés feront partie du Centre d'études des métiers français constitué à Paris, sous la présidence de MM. les sénateurs Clémentel et Serre, assistés de M. le député Thoumyre, ancien ministre, et de M. le Pr Escarra, de la Faculté de droit de Paris, vice-présidents.

Le décret à intervenir déterminera les conditions dans lesquelles le titre officiel de conseiller des métiers pourra être ensuite conféré aux personnes qui se seraient spécialement distinguées dans l'étude des questions économiques ou sociales soumises à leur compétence.

Pour tous renseignements et candidatures, écrire an Centre d'études des Métiers françsis, 30, rue des Vinaigriers, à Paris (Xe).

### Société française de gynécologie

La séance annuelle de la Société française de gynécologie aura lieu le lundi 5 octobre prochain, à 17 heures, à la Faculté de médecine de Paris.

A l'ordre du jour :

1. Un rapport de M. Paul Ulrich (Paris), sur « Le chimisme du vagin et sa signification physiologique », suivi d'un exposé de M. Ch. O. Guillaumin (Paris), sur les conditions chimiques optima du développement des différents germes dans les sécrétions vaginales.

2. Un rapport de M. Ch. Martin (Angers), sur « Les indications des interventions chirurgicales dans le traitement des salpingites chroniques non tuberculeuses »

3. Communications diverses.

---

*Le gérant :* J.-B. BAILLIÈRE

# DERNIÈRES NOUVELLES

## Nécrologie

Le Dr Louis Goudard, ancien président de la Soeiété médicale de Pau, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Chatel-Guyon après une courte maladie. — Le Dr Georges Veillard, décédé à l'Ile-aux-Moines (Morbihan). — Le Dr Georges Ferry, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Strasbourg, médecin capitaine de réserve, victime d'un accident d'aviation au cours d'une période d'instruction. — Le Dr Gabriel Bourdon, ancien médecin colonel des troupes coloniales, décédé à Lyon dans sa 67e année. — Le Dr G. Mahoudeau, professeur à l'Ecole d'anthropologie, décédé à l'âge de 80 ans — M. Henri Babinski, chevalier de la Légion d'honneur, frère de M. le Dr J. Babinski, membre de l'Académie de médecine; auteur de l'ouvrage de gastronomie pratique publié sous le pseudonyme d'Ali-Bab. — Madame Quintard, née Leulier, sœur de M. le Dr Max Leulier. — Le général médecin Wibin, ancien inspecteur général du Service de santé de l'armée belge. — Madame L.-G. Toraude, femme de M. L.-G. Toraude. — Le Dr Willy Lehmann, directeur de l'hôpital Saint-Jacob de Leipzig, tué par un des infirmiers de son service. — Le Dr Eugène Lyman Fisk (de New-York), décédé à Dresde, directeur de l'Institut pour la prolongation de la vie (par les examens sanitaires périodiques). — Madame veuve Henri Chapeauville, mère de M. le Dr Férond-Chapeauville, belle-mére de M. le Dr Férond. — Le Dr Octave Vrain, ancien conseiller général du Loir-et Cher. — M. Gaston Lefebvre, beau-père de M. le Dr Nivière (de Vichy). — Le Dr Louis Roulin, chevalier de la Légion d'honneur, ancien président de la Société de médecine pratique. — Le Dr Georges Durieux, beau-frère de M le Dr Brousse. — Le Dr Karl Siébert, bactériologue allemand, spécialiste du cancer, décédé à l'âge de 69 ans.

## Mariages

M. Edouard André, licencié-ès-lettres, président du Comité international des étudiants de la Cité universitaire, et Mlle Yvonne Le Canu, interne en médecine des Asiles de la Seine. — M. Jean Gillet, beau-fils et fils de M. le Dr Zislin et de Madame Zislin, et Mlle Françoise Montégudet.— M. Jean-Camille Rigal, fils de M. le Dr Rigal (de Paris), et Mlle Antoinette Leclerc. — M. le Dr Robert Cordonnier et Mlle Ferrant. — M. Claude Zimmern, fils de M. le Dr A. Zimmern, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, et de Madame A. Zimmern, et Mlle Odette Blin. Le mariage sera célébré le 6 octobre au Temple israélite d'Elbeuf. Nos bien sincères félicitations à M. et Mme Zimmern et nos meilleurs souhaits aux fiancés.

## Fiançailles

M. le Dr Philippe O' Reilly et Mlle Françoise O'Brin. — M. Jean Callens, interne des hôpitaux de Lille, et Mlle Suzanne Choteau.

## Hôpitaux de Paris

**Concours de l'internat en médecine.** — La première séance de l'épreuve orale du concours de l'internat en médecine est fixée au jeudi 8 octobre 1931, à 16 heures 45, à la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères.

Le jury est provisoirement constitué par MM. les Drs Lévy-Valensi, Baudouin, May, Laroche, Huber, Chevassu, Bergeret, Leroux, Mocquot, Macé.

**Prix Civiale.** — Un concours est ouvert en 1931, entre les internes en médecine et les externes en premier, pour l'attribution du prix fondé par feu le Dr Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le tra-



# DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

vail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce prix aura une valeur de 1.000 francs.

Ce travail devra être déposé à l'Administration centrale de l'Assistance publique (bureau du Service de santé) le 16 novembre au plus tard.

**Prix Fillioux.** — En conformité du legs fait à l'Administration générale de l'Assistance publique par le Dr Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix de même valeur, à décerner : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les maladies de l'oreille. Le montant de chacun de ces prix est fixé chaque année, à la fin du concours.

Exceptionnellement en 1931, il sera décerné deux prix aux candidats internes, deux prix aux candidats externes.

Pour l'année 1931 le concours sera ouvert le jeudi 10 décembre 1931

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale (Service de santé), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, du 3 au 14 octobre 1931 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve devra être déposé avant le mercredi 14 octobre, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

## Facultés de médecine

**Concours d'agrégation de médecine.** — Les dates des compositions du concours de l'agrégation des Facultés de médecine (section histologie) fixées primitivement aux 6 et 7 novembre 1931 sont reportées aux 12 et 13 novembre.

## Faculté de médecine de Strasbourg

Les emplois de chefs de travaux d'histologie et de médecine légale près la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg sont transformés en emplois d'agrégés.

## Faculté de médecine de Gand

1° Le cours de théorie et pratique des opérations chirurgicales est vacant à partir du 24 octobre 1931.

Jusqu'en l'année académique 1935-1936, conformément à la loi du 31 juillet 1923, ce cours doit être fait en langue française. Les candidats à ce cours devront prouver qu'ils pourront le faire en langue flamande à partir du début de l'année académique 1935-1936.

2° Le cours français de démonstrations macroscopiques d'anatomie pathologique est vacant à partir du 24 octobre 1931. Le cours sera supprimé à partir du début de l'année académique 1936-1937.

## Ecole de médecine de Caen

**Concours pour un emploi de professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Caen.** — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des deux chaires de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen s'ouvrira le 1er avril 1932 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

## Ecole de médecine de Dijon

**Concours d'aide de clinique à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Dijon.** — Un concours sera ouvert le jeudi 29 octobre 1931, à 8 heures, dans l'Ecole de médecine et de pharmacie de Dijon, pour un emploi d'aide de clinique chirurgicale.

Sont admis à concourir les docteurs en médecine français.

Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de l'Ecole, rue Monge, à Dijon, au plus tard le 15 octobre 1931 et déposer : 1° leur acte de naissance; 2° leur diplôme de docteur en médecine; 3° une note portant l'indication de leurs titres; 4° un exemplaire au moins de leurs publications scientifiques.

Les épreuves consistent en : 1° Une composition écrite de 3 heures sur un sujet d'anatomie et sur un sujet de pathologie externe; 2° une épreuve pratique de médecine opératoire; 3° une épreuve pratique d'anatomie pathologique; 4° une leçon clinique orale de 20 minutes après 20 minutes d'examen et 20 minutes de réflexion sur un ou deux malades de chirurgie (au choix du jury); 5° appréciation des titres et travaux antérieurs des candidats.

Les attributions de l'aide sont les suivantes : 1° aider le professeur dans l'enseignement, les exercices et démonstrations cliniques; 2° exercer les

## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

élèves à l'examen des malades; 3° contrôler et compléter les observations; 4° suppléer le chef de clinique empêché; notamment dans les contre-visites du soir.

L'aide de clinique chirurgicale sera nommé pour un an. Il ne sera pas rétribué. Au bout de ce temps, il pourra, sur la proposition du professeur, être renouvelé pour un an dans ces fonctions ou être nommé chef de clinique titulaire sans nouveau concours.

### Ecole de médecine de Rouen

Un concours pour un emploi de professeur suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Rouen s'ouvrira le 5 avril 1932 devant la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos le 4 mars 1932.

### Hôpitaux de Versailles

**Concours de chirugien adjoint des hôpitaux de Versailles** — Un concours public sera ouvert le lundi 16 novembre 1931, à 9 heures du matin, à la Faculté de médecine de Paris, pour la nomination d'un chirurgien adjoint des hôpitaux de Versailles.

Les candidats doivent être de nationalité française avoir le diplôme de docteur en médecine conféré par une Faculté française, être âgé de 25 ans au moins et de 45 ans au plus, avoir effectué quatre années d'internat au moins en chirurgie dans les hôpitaux d'une ville de Faculté ou justifier de cinq ans d'exercice dans la chirurgie.

Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de l'Administration avant le 15 octobre, dernière limite.

Les candidats devront déposer au secrétariat de l'Administration des hospices civils, un mois au moins avant l'époque fixée pour l'ouverture du concours :

*a*) Les pièces justificatives de leur qualité de français;

*b*) Leur diplôme de docteur;

*c*) Leur acte de naissance;

*d*) Un certificat constatant l'exercice de leur profession;

*e*) Une notice sur leurs titres, travaux et services antérieurs.

S'ils sont agréés par la Commission administrative des hospices civils, ils pourront prendre part au concours, à la condition de fournir l'engagement par écrit :

1° De fixer dans les trois mois de leur nomination leur domicile effectif à Versailles (étant observé que, à défaut de cette fixation de domicile et de sa justification, la nomination qui aurait été faite sera rapportée par simple décision de la Commission administrative);

2° De se conformer au règlement du service de santé des hospices civils de Versailles, ainsi qu'aux décisions qui seraient prises par la Commission administrative desdits hospices.

*Epreuves du concours.* — Les épreuves du concours sont publiques, elles comprendront :

1° Une composition écrite portant sur un sujet de pathologie;

2° Une épreuve de clinique;

3° Une consultation écrite;

4° Une épreuve de médecine opératoire.

Le temps assigné à la composition écrite sera de quatre heures. Les compositions seront remises au président qui les enfermera dans une boîte scellée où elles resteront jusqu'au moment de la lecture publique. Chaque candidat lira lui-même sa composition devant le jury, sous la surveillance d'un concurrent ou, à défaut, d'un membre ou délégué du Jury.

Pour l'épreuve clinique, chaque concurrent disposera de vingt minutes pour l'examen du ou des malades et pour la réflexion, et de quinze minutes pour la dissertation orale.

Pour l'épreuve de la consultation écrite, chaque concurrent disposera de vingt minutes pour l'examen et de trois quarts d'heure pour la rédaction de l'observation résumée et du traitement du cas clinique qui lui a été soumis.

L'épreuve de médecine opératoire consistera en deux opérations sur le cadavre.

Les candidats pourront avoir des renseignements complémentaires au cabinet du Directeur, à l'hôpital civil, de 9 à 11 heures du matin et de 14 à 16 heures, dimanches et fêtes exceptés.

# DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

## Hôpitaux de Reims

**Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Reims.** — Un concours pour 3 places d'internes en médecine des hôpitaux de Reims s'ouvrira le 16 octobre 1931 à 9 heures du matin à l'hôpital civil.

*Admission au concours.* — Peuvent être admis au concours :

1° Les externes des hôpitaux de Reims;

2° Les étudiants en médecine appartenant aux Facultés et Ecoles françaises, ayant été nommés aux concours externes des hôpitaux du siège des Facultés ou Ecoles.

Ils devront en outre remplir les conditions suivantes :

1° Etre âgés de 20 ans au moins et 28 ans au plus;

2° Justifier de huit inscriptions valables pour le doctorat en médecine;

3° Tout candidat étranger à l'Ecole de Reims devra présenter un certificat de la commission administrative des hospices auxquels il a été attaché, constatant qu'il a rempli ses devoirs avec exactitude et à la satisfaction de ses chefs.

*Avantages.* — Les internes, qui devront se soumettre à tous les réglements établis ou qu'établirait l'Administration des hospices, recevront, outre un traitement mensuel de cent francs, une indemnité représentative de logement et de nourriture de trois cents francs par mois.

Des indemnités exceptionnelles peuvent être accordées à titre de bourse aux élèves internes dont le travail, la bonne tenue et la situation de famille justifieraient cette allocation.

*Prix de l'internat.* — La Commission des hospices a décidé, par délibération du 10 août 1931, la création d'un prix de l'internat d'une valeur de 300 francs destiné à récompenser celui des internes qui aura accompli ses fonctions jusqu'à leur terme avec le plus de zèle et d'assiduité.

*Epreuves.*— Le programme du concours comporte deux séries d'épreuves :

*a*) Composition écrite sur un sujet d'anatomie et un sujet de physiologie (3 heures);

*b*) Epreuve orale sur un sujet de pathologie interne et un sujet de pathologie externe (10 minutes pour l'exposé des questions après 10 minutes de réflexion).

Ces épreuves donneront lieu à l'attribution de quatre notes répondant respectivement aux questions d'anatomie, de physiologie, de pathologie interne et de pathologie externe.

Un même cœfficient sera appliqué à chacune de ces notes.

*Inscriptions.* — Formalités d'inscriptions :

Les candidats se feront inscrire au secrétariat des hospices, 1, place Museux. Les inscriptions devront être parvenues le 6 octobre au soir au plus tard. Passé ce délai, nul ne sera inscrit.

Chaque candidat devra fournir :

1° Son acte de naissance;

2° Un certificat de revaccination récente;

3° Un extrait certifié de son état de scolarité.

## Hôpitaux d'Angers

**Concours de médecin stomatologiste à Angers.** — Un concours pour la nomination du médecin stomatologiste, qui aura la direction du service dentaire à créer aux hôpitaux d'Angers, à l'usage des malades hospitalisés et des indigents, s'ouvrira le lundi 9 novembre à 9 heures du matin dans la salle des séances de la commission administrative à l'hospice général.

Les candidats doivent être Français et docteurs en médecine.

Le concours comportera : épreuves écrites, orales, cliniques et examen des titres scientifiques du candidat.

Le secrétaire général des hospices recevra les demandes d'inscription jusqu'au 24 octobre 1931. S'adresser à lui pour renseignements utiles.

## Légion d'honneur

Sont nommés :

*A la dignité de grand croix* : M. le Pr d'Arsonval, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, professeur au Collège de France.

*Au grade de chevalier :* M. le Dr Doche (d'Arcachon).

## Distinction honorifique

M. le Dr Molinéry, médecin directeur des services thermaux de Luchon, à reçu la rosette d'officier de la couronne d'Italie.

Toutes nos félicitations à notre sympathique collaborateur.

## Médailles d'honneur des Epidémies

La médaille d'honneur des épidémies en or a été décernée à titre posthume à M. le Dr Paul Sage, de la Tour-du-Pin (Isère), décédé victime de son dévouement.

*Médailles d'argent.* — MM. les Drs Rone, Regaud.

*Médailles de bronze.* — MM. les Drs Taste, Pérot, Meersmann, Guillermin, Huguenot, Layet, Roux, Breton, Desquené, Chalerie.

## Conseil supérieur d'Hygiène publique

Une place d'auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France est déclarée vacante dans la catégorie des médecins, par suite du décès de M. le Dr Lortat-Jacob.

Les candidats ont un délai d'un mois, expirant le 15 octobre 1931, pour faire acte de candidature et exposer leurs titres, accompagnés d'un curriculum vitæ, au ministère de la Santé publique, 5e bureau de la direction de l'Hygiène et de l'Assistance, 7, rue de Tilsitt.

# DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

## Sanatoriums publics

Un concours sur titres est ouvert pour un poste de médecin adjoint au sanatorium de Tilleroyes, à Besançon (Doubs).

Adresser les demandes, avant le 5 octobre, au ministère de la santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 4e bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

## Direction de l'hygiène à Angers

M. le Dr Goulley a été nommé directeur du service d'hygiène d'Angers.

## Service de santé de la marine

Sont promus : au grade de médecin en chef de 1re classe, M. Plazy, médecin en chef de 2e classe ; au grade de médecin en chef de 2e classe, M. Arthur, médecin principal ; au grade de médecin principal, M. Birades, médecin de 1re classe.

## Service de santé militaire

Liste nominative des médecins lieutenants qui doivent accomplir à l'Ecole d'application du Service de santé militaire un stage du 12 octobre 1931 au 5 mars 1932 (service).

MM. Abadie, Adrian, Albouze, Anthoine, Asperges, Auglas, Balay, Bastard, Baylot, Bertrand, Boisson, Boyer, Brn, Cantagrill, Cassignol, Cauvin, Cazalas, Cochard, Conze, Cornillet, Couderc, Counif, Dancenis, Danis, Delmas, Delvoye, Devy, Dhers, Dumond, Duran, Durand (E.), Durand (P.), Duroux, Duval, Escoubès, Faure, Favre, Fonteix, Froment, Fumaroli, Gabas, Gerbenne, Gillet, Groc, Guiguet, Hannequin, Hilaire, Huc, Jacquier, Jauze-Fredou, Jeanpierre, Joubert, Kerzreho, Lacombe, Lafargue, Lagrange, Lartigue, Laveau, Le Bihan, Lehmann, Long, Lubinau, Mahé, Malossane, Masson, Meyrueis, Millant, Millet, Montané, Moret, Morizet, Moroni, Mouliérac, Moutier, Nègre, Oiseau, Ormières, Pagès, Paléologue, Paraire, Paulus, Pérolini, Petiteau, Philibert, Ponsot, Portalier, Prat, Prost, Proust, Raffalli, Ratié, Revol, Rey, Rivet, Roumagnou, Rousseau, Rouvier, Roux, Rovegno, Senegas, Siegfried, Simon, Simonin, Solé, Stauffer, Surmely, Tarain, Thomas, Thomé, Thoulon, Tissandié, Tricault, Triffault, Tronyo, Valatx, Verrière.

Les officiers désignés ci-dessus devront se présenter à l'Ecole d'application du Service de santé militaire le 12 octobre 1931, à 8 heures ; ils seront rayés à cette date des contrôles de leur hopital.

## Société de radiologie médicale de France

Cette Société a fondé un prix annuel de 1.000 francs, qui est distribué à l'auteur de la meilleure thèse radiologique soutenue dans l'année.

Envoyer l'exemplaire de thèse avant le 15 novembre à M. le Dr Dariaux, secrétaire général, 9 bis, boulevard Rochechouart, Paris.

## Congrès de chirurgie réparatrice, plastique et esthétique

La Société scientifique française de chirurgie réparatrice, plastique et esthétique, sous la présidence de M. le Dr Dartigues, et avec M. le Dr Claoué comme sécrétaire général, se réunira en Congrès les 2 et 3 octobre prochain, 95, rue du Cherche-Midi, à Paris, quelques jours avant le Congrès français de chirurgie.

La séance d'ouverture aura lieu le 2 octobre à 2 heures précises. Ce Congrès comportera des communications, des démonstrations et des séances opératoires, des projections de films, une exposition de photographies, de moulages, d'instruments, de livres, etc.

Pour tous renseignements, s'adresser soit au siège social, Dr Dartigues, 81, rue de la Pompe, Paris ; soit au Sécrétariat, Dr Claoué, 41, rue d'Aviau, Bordeaux.

## Directeur d'hygiène de Perse

M. le Dr Djamchidi-Djahansuez, docteur de la Faculté de médecine de Paris, diplômé de l'Institut d'hygiène de Paris, vient d être nommé directeur de l'hygiène pour l'ouest de la Perse.

## IVe Congrès italien contre la tuberculose

Le IVe Congrès national italien, primitivement fixé au 4 octobre, aura lieu du 11 au 14 octobre 1931. Le Congrès est organisé par la Fédération italienne

## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

nationale fasciste pour la lutte contre la tuberculose. Y prendront en outre part la Société d'études sur la tuberculose et la Société des médecins de sanatoriums et de dispensaires.

Le programme sera prochainement arrêté.

Pour tous renseignements, s'adresser au Pr F. Bocchetti, via Nazionale, 172, Rome.

### Concours de médecin des services antituberculeux du département de l'Isère

Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin spécialisé pour le département de l'Isère, avec résidence à Grenoble, pour entrer en fonctions à partir du 1er novembre prochain.

Les conditions de nomination et de traitement sont conformes au statut type des médecins spécialisés.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité départemental de lutte contre la tuberculose, à la préfecture de Grenoble, ou au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (6e).

Les dossiers devront être adressés avant le 14 octobre.

### Clinique de l'American legion à Paris

Une clinique vient d'être ouverte à la villa Eugène-Manuel, à Passy, afin de soigner les américains résidant à Paris.

Le Dr Alexander Bruno, du Royal College of Surgeons, est le directeur de cet établissement auquel des praticiens distingués apporteront leur concours, les Drs Herman, Hiller, Letulle, Busy, Gourliau.

### Troisième réunion plénière de la Société anatomique de Paris

A Paris aura lieu, les 12 et 13 octobre prochain, la troisième réunion plénière de la Société anatomique de Paris. Différents rapports seront présentés notamment par M. Titu Vasiliu (de Cluj) sur la conception étiologique et pathogénique de la lymphogranulomatose tirée de l'étude expérimentale, par MM. Favre et P. Croizat (de Lyon) sur les caractéristiques générales du granulome malin tirées de son étude anatomo-clinique, par MM. G. Dubreuil et A. Lacoste (de Bordeaux) sur l'histophysiologie des parois vasculaires artérielles et veineuses.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général de la Société anatomique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e).

---

*Le gérant :* J.-B BAILLIÈRE

# DERNIÈRES NOUVELLES

## Nécrologie

Le Dr Canac Marquis, chirurgien canadien français, ancien chirurgien de l'hôpital français de San Francisco, décédé à San Francisco. — Le Pr Antoine Dionisi (de Rome), frappé d'une congestion cérébrale en prononçant un discours. — Le Dr Kent-Gazet (d'Aix-les-Bains). — Le Dr Louis Roulin, ancien président de la Société de médecine et de chirurgie pratiques, chevalier de la Légion d'honneur. — Le Dr René Parot, décédé à Nice à l'âge de 43 ans. — Le Pr Aristides Agramonte y Simoni (de Cuba), professeur de bactériologie à la Havane, puis depuis peu de temps professeur à l'Université de la Louisiane, à la Nouvelle Orléans. — Le Dr Arcile Zamora, professeur de thérapeutique et médecin de l'hôpital Sante Barbara (Bolivie). — Le Pr Grimbert, professeur honoraire de la Faculté de pharmacie de Paris, membre de l'Académie de médecine. — Madame Alfred Revel, belle-mère de M. le Dr Barraud (de Chatelaillon-Plage). — Le Dr Henri Harwood. — Madame Dutreix, belle-mère de M. le Dr Desourteaux. — Madame Camille Mazeaud, belle-mère de M. le Dr Lemoyne.

## Mariages

Mlle Jeanne Breton, fille de M. le Dr Etienne Breton, chevalier de la Légion d'honneur, et M. Lucien Barbé, architecte diplômé par le Gouvernement. — M. Luc Hervé, interne de l'hôpital des Anglais à Liége, et Mlle Juliette Coheur, fille de M. le Dr Louis Coheur (de Liége). — M. le Dr Adolphe Feyder (d'Ehlerange) et Mlle Albertine Laux. — M. le Dr Robert Millant, médecin lieutenant, fils du pharmacien lieutenant-colonel Millant, et Mlle Madeleine Jeanneaux.

## Fiançailles

M. le Dr André Danés, chef de clinique à la Faculté libre de médecine de Lille, et Mlle Paule Fauchille. — Mlle Henriette Cathelineau, fille du Dr Cathelineau, décédé, et M. Raymond Firminhac.

## Naissances

M. Louis Gernez-Corke, interne des hôpitaux de Lille, et Madame Louis Gernez-Corke font part de la naissance de leur fille Danièle.

## Hôpitaux de Paris

**Concours de l'internat en médecine.** — *Jury des épreuves orales.* — Le jury est constitué par MM. les Drs Macé, Baudouin, Lévy-Valensi, Laroche, Huber, May, Bergeret, Mocquot qui ont accepté et M. le Dr Chevassu qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

**Chefs de laboratoire de bactériologie des hôpitaux.** — La réunion de la Commission chargée d'établir la liste d'aptitude aura lieu le jeudi 5 novembre 1931, à 16 heures 1/2, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les docteurs en médecine et docteurs ès-sciences désireux de soumettre leurs titres à l'examen de la Commission devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, du jeudi 8 octobre au samedi 17 octobre 1931 inclusivement.

## Facultés de médecine

**Concours d'agrégation de médecine.** — Le tirage au sort des membres des jurys des concours du 1er degré de l'agrégation des Facultés de médecine ouverts

## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

en novembre 1931 aura lieu le jeudi 1^er octobre 1931, à 11 heures, à la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

### Hôpitaux de Lyon

**Concours de l'internat.** — Le concours de l'internat a été ouvert le lundi 14 septembre.

Le jury était composé de M. le P^r Bérard; MM. les D^rs Favre, Cordier, Noyé-Josserand, médecins des hôpitaux; Patel, Wertheimer, chirurgiens des hôpitaux; Rhenter, accoucheur des hôpitaux.

Ont été nommés :

*Internes titulaires :* MM. Edel, Soustelle, Wenger, Thiers, Messon, Millet, Dugois, Bernardi, Contamin, Brun, Roget, Boulez, Trillat, Chauviré, Charton, Bucher, Boudènes, Riou, Loras, Aufrère, Simon, Hsu.

*Admis à faire des suppléances :* MM. Blein, Piaget, Tillier, Marmet, Bolot, Blanc (René), Raccouchot, Vausteenberghe (André), M^lles Barral (Madeleine), Bourgeois, MM. Francillon, Montagard, M^me Vausteenberghe, M. Vincent, M^lle Barral (Marguerite). MM. Bouquin, Colas, Bertrand, Revol, Granon, Leclerc, Vernus, Ballivet, Mathieu, M^lle Anselme.

### Hôpitaux d'Orléans

Un concours de médecin phtisiologue adjoint est ouvert aux hôpitaux d'Orléans; il aura lieu à l'Ecole de médecine de Tours le 26 octobre.

Les candidats doivent se faire inscrire auprès de M. le directeur des hôpitaux d'Orléans jusqu'au 15 octobre.

### Asile Saint-Anne

Des conférences d'anatomie et de physiologie du système nerveux pour l'internat et le médicat des Asiles auront lieu à Sainte-Anne à partir du 1^er octobre.

S'adresser au D^r Le Guillaut, chef de clinique, service du P^r Claude, Sainte-Anne, 1, rue Cabanis.

### Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales

M. le médecin général des troupes coloniales Couvy a été nommé, à compter du 1^er octobre 1931, directeur de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales à Marseille, en remplacement de M. le médecin général L'Herminier, placé à cette date dans la position de disponibilité.

### Service de santé des troupes coloniales

**Liste de classement de sortie de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales par ordre de mérite des médecins et pharmaciens lieutenants élèves en 1931.** — Médecins. — MM. 1. Soulage, Ouary, Sohier, Le Huludut, Demange, Crouzet, Kernevez, Hervé, Dugué, Margat.

11. Masseguin, Lepage, Kirsche, Borrey, Guibert, Destribats, Belloc-Lacoustête, Casteigt, Longo, Pan.

21. Robini, Dubroca, Peu-Duvallon, Munier, Minec, Mazeirat, Gau, Stockman, Vrignaud, Mercier.

31. Feyte, Heyriès, Gourry, Goux, Dareys, Rosmorduc, Clerc (Samuël), Pujo, Legrosdidier, Debaille.

41. Candille, Daste, Grinsard, Perennec, Coquin, Gast, Natali, Desvernois, Kany, Ropars.

51. Terramorsy, Larraud, Clerc (Georges), Montgrand, Bastien, Bonavita, Saint-Pau, Perro, Le Carrer, Martin.

61. Gilly, Fimayer, Montfort, Vaichère, Bouchet, Gailhaub, Pelletier, Chaudoye.

Pharmaciens. — MM. 1. Gasque, Le Borgne, Gueguinou, Batailler, Kerboriou, Passeron.

Par décision du 18 septembre 1931, les médecins et pharmaciens ci-dessus dénommés sont ajoutés, dans l'ordre qui précède, au tour de service colonial du 1^er septembre et sont affectés au dépôt des isolés des troupes coloniales de Marseille, pour compter du 1^er septembre 1931, en attendant leur embarquement, à l'exception du médecin lieutenant Ouary (Gaston-Pierre), qui recevra ultérieurement une affectation.

### Service de santé de la marine

Sont promus : au grade de médecin principal, M. Germain, médecin de 1^re classe; au grade de médecin de 1^re classe, M. Géniaux, médecin de 2^e classe.

Est désigné : M. Damany, médecin principal, comme médecin major sur le *Dupleix*.

# DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

## Concours de médecin de dispensaires dans les Landes

Un nouveau concours aura lieu dans les Landes pour la désignation d'un médecin spécialisé de dispensaires. En raison de l'urgence qu'il y a de procéder à cette nomination, les dossiers des candidats devront être adressés, avant le 20 octobre, à la Préfecture de Mont-de-Marsan, à qui on peut demander tous renseignements au sujet de ce poste.

## Université de Sucre (Bolivie)

Le Pr Ezequiel Osorio a été nommé recteur de l'Université de Sucre.

A la Faculté de médecinc ont été nommés : doyen, le Dr Claudio Roso; vice-doyen, le Dr Armando Solares; secrétaire, le Dr Julio Fortun.

Le Dr Clovis Urieste Arana a été nommé professeur.

Le Dr Fernando Ortiz Pacheco a été nommé directeur du Service de santé départemental.

## Sanatorium de Ris-Orangis

Le poste de médecin assistant sera libre au début d'octobre. Appointements 22.000 francs, plus avantages en nature.

Pour tous renseignements, s'adresser au médecin directeur, à Ris-Orangis (Seine-et-Oise). Téléphone 31 à Ris.

## Légion d'honneur

Est nommé :

*Au grade de chevalier :* M. le Dr Léon Jacqué, professeur à l'Université libre de Bruxelles et à l'Ecole de médecine tropicale.

## Médaille d'honneur de l'éducation physique

*Médaille d'or.* — M. Spillmann, doyen de la Faculté de médecine de Nancy.

## IIe Congrès annuel de la Société scientifique française de chirurgie réparatrice, plastique et esthétique *(les 2 et 3 octobre 1931).*

Le IIe Congrès de chirurgie réparatrice, plastique et esthétique se tiendra les 2-3 courant à l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi, Paris, sous la présidence du Dr Dartigues, président-fondateur de cette Société.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au siège social, 81, rue de la Pompe, Paris (16e).

## Enseignement de médecine coloniale de la Faculté de Bordeaux

Le diplôme de médecin colonial de l'Université de Bordeaux et le titre de médecin sanitaire maritime auxquels prépare cet enseignement ouvrent des débouchés nouveaux aux médecins jeunes et actifs.

Le diplôme de médecin colonial est exigé pour certains postes de colonisation: pour d'autres situations médicales aux colonies, il confère des avantages sous forme de points d'avance accordés aux candidats qui sont pourvus de ce titre.

Les médecins titulaires du diplôme de médecin colonial, désireux d'avoir accès à la carrière maritime, n'ont à subir qu'une seule épreuve complémentaire spéciale pour l'obtention du certificat d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime.

L'ouverture de la 26e série d'enseignement aura lieu le 3 novemdre 1931. La session d'examen s'ouvrira le 21 décembre.

## Association internationale des hôpitaux

Pendant le second Congrès international des hôpitaux qui vient de siéger à Vienne (8-14 juin), les délégués des 41 nations représentées au Congrès et les mandataires des Associations nationales des hôpitaux, qui existent aujourd'hui dans une quinzaine de pays, ont fondé une association internationale des hôpitaux, dont le but est d'instituer des échanges de vues et une collaboration internationales portant sur tous les problèmes sanitaires, économiques et sociaux relatifs aux hôpitaux.

L'Association internationale, qui est un organisme indépendant, sans but lucratif, accepte comme membres ordinaires les Associations nationales des hôpitaux et comme membres extraordinaires, d'une part les hopitaux, les organisations d'hygiène et d'assistance, les personnes attachés à ces institutions, d'autre part les firmes et les personnes qui se trouvent en relations d'affaires avec les hôpitaux.




# DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

Les membres de l'Association reçoivent gratuitement son organe, une revue trimestrielle qui paraît sous le titre de "Nosokomeion". Ils participent sans frais aux Congrès internationaux des hôpitaux. Ils sont invités à collaborer aux travaux des dix Commissions internationales permanentes appelées à étudier l'ensemble des problèmes hospitaliers, et à préparer les progrès réalisables dans cet ordre d'idées.

La cotisation annuelle est de 125 francs français par an pour les hôpitaux, les organisations d'hygiène et d'assistance et les personnes attachées à ces institutions. Elle a été fixée à 250 francs pour les firmes et les personnes qui sont en relations d'affaires avec les hôpitaux.

On est prié d'envoyer les adhésions au Dr René Sand, président de l'Association internationale des hôpitaux, 2, avenue Velasquez, Paris VIIIe.

## Vacance d'un poste de directeur de bureau municipal d'hygiène

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène publique est déclarée ouverte pour Bayonne (Basses-Pyrénées).

Le traitement alloué est fixé à 24.000 francs par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication (25 septembre), pour adresser au ministère de la Santé publique (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau), 7, rue Tilsitt, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

## XVIIIe Congrès annuel d'hygiène

Le XVIIIe Congrès d'hygiène, organisé par la Société de médecine publique, s'ouvrira sous la présidence effective de M. Blaisot, ministre de la Santé publique; il tiendra séance les 12, 13, 14 et 15 octobre 1931, à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. le Dr Lesage, membre de l'Académie de médecine, président de la Société pour 1931.

M. Riché, sous-secrétaire au ministère de l'Air, honorera de sa présence la première séance du Congrès, séance qui sera consacrée à la question de la protection des populations contre les gaz de combat.

La Société de médecine publique assume tous les frais du Congrès; aucune cotisation n'est donc réclamée aux personnes qui désirent y assister.

## Ligue française contre le rhumatisme

La prochaine réunion aura lieu le 10 octobre 1931, à Paris.

Le matin, à 10 heures, présentation des malades et discussion des cas cliniques à l'amphithéâtre de l'Ecole des infirmières à la Salpêtrière (service du Dr Crouzon).

A 16 heures 30 (12, rue de Seine), à la Salle de la Société de chirurgie, présentation d'une étude sur l'arthrite traumatique par MM. les Drs M.-P. Weil et Moulonguet.

Communications diverses et libres pour lesquelles on est prié de s'inscrire au début de la séance.

La réunion scientifique sera suivie d'une séance administrative (admission de membres nouveaux, etc.).

(Pour tous renseignements, on est prié de s'adresser au secrétariat-trésorerie, 51, rue Banaparte, à Paris).

## Monument Paul Lecène

L'inauguration du monument élevé à l'hôpital Saint-Louis de Paris en mémoire du Pr Paul Lecène, aura lieu le mardi 6 octobre 1931, à 11 heures.

*Le gérant :* J.-B. BAILLIÈRE

# DERNIÈRES NOUVELLES

## Nécrologie

Le Dr Henry Martin (de La Tour de Peilz). — Le Dr Louis Boulard (de Seurre). — Le Dr Charles C. Brace, président de The Denver Chemical manufacturing Company; nous exprimons aux membres du Conseil d'administration l'expression de notre douloureuse sympathie. — Le Dr Petiteau, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé à Cognac. — Le Dr Béatrix, décédé à l'âge de 37 ans. — Le Dr Chaber (de Royan). — Le Dr Comet, décédé à l'âge de 71 ans. — Le Dr Kemhadjian-Mihran, décédé à Paris à l'âge de 80 ans. — Le Dr Raynand (d'Alger), décédé dans sa 65e année. — Le Dr Rives (de Perpignan). — Le Pr Grotjahm professeur d'hygiène sociale à la Faculté de médecine de Berlin, décédé à l'âge de 62 ans. — Le Dr Poiteau (de Bienvillers-au-Bois), père de M. le Dr Emile Poiteau. — Madame Jules Houssin, mère de M. le Dr Houssin (du Quesnoy), et belle-mère de M. le Dr Delfosse (du Quesnoy).

## Mariages

Mlle Michèle Lentz, fille de M. le Dr Lentz, et M. Herman Campion. — Mlle Geneviève Van Cauwenberghe, fille de M. le Dr André Van Cauwenberghe, et M. Lucien Brunin, avocat. — Mlle Geneviève Harvier, fille de M. le Dr Paul Harvier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Beaujon, chevalier de la Légion d'honneur, et M. Roger Lantenois, élève ingénieur des Ponts-et-Chaussées. Nos bien sympathiques félicitations à M. le Dr Harvier et nos meilleurs souhaits aux jeunes mariés. — M. Jean-Stanislas Iscovesco, fils de M. le Dr Henri Iscovesco, maître de conférences à l'Ecole des Hautes études, officier de la Légion d'honneur, Croix de guerre, et Mlle Hélène Worth, fille de M. le Dr Jacques Worth, chevalier de la Légion d'honneur, Croix de guerre, et de Madame Jacques Worth. Nos sincères félicitations à M. le Dr Iscovesco et à M. et M. Jacques Worth, nos meilleurs vœux pour les jeunes mariés. — Mlle Marie-Louise Defossez, fille de M. le Dr J. Defossez, et M. Jules Crombé. — M. le Dr François Rochin (de Gouzeaucourt, Nord), et Mlle Isabelle Delèche. — Mlle Georgette Pinchard, fille de M. le Dr Pinchart (d'Avesnes-lez-Aubert), et M. René Margerin. — Mlle Claire Christiaens, fille de M. le Dr Christiaens et M. Barbout.

## Hôpitaux de Paris

**Concours de l'externat.** — Le jury du concours de l'external est provisoirement constitué ainsi qu'il suit : MM. les Drs Péron, Celice, Pichon, Ravina, médecins des hôpitaux; Leibovici, Thalheimer, Welti, Bernard (Raymond), chirurgiens des hôpitaux; Hartman, ophtalmologiste des hôpitaux.

## Facultés de médecine

**Concours d'agrégation** — Liste des membres des jurys des coneours du premier degré ee l'agrégation des Facultés de médecine.

La commission nommée par arrêté ministériel du 22 septembre 1931, chargée de procéder aux tirages au sort des membres des jurys des concours du premier degré de l'agrégation des facultés de médecine ouverts à Paris en novembre 1931, s'est réunie, le jeudi 1er octobre 1931, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, à 11 heures.

Etaient présents : MM. Cunéo, assesseur du doyen de la Faculté de médecine de Paris; Dubois, doyen de la Faculté de médecine de Lille; Joannon, agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Martin, chef du 1er bureau de la direction de l'enseignement supérieur; Magnin, secrétaire de la

Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Le tirage au sort a donné les résultats suivants : I. JUGES TITULAIRES. — Première division : BIOLOGIE. — *Catégorie A : Anatomie.* — Paris : MM. Rouvière, Grégoire.

Province : MM. Villemin, Turchini, Bellocq, Debeyre, Lucien, Cordier, Latarjet, Leblanc, Argaud, Vallois, Forster, Dieulafé, Delmas (J.).

*Catégorie B : Histologie.* — Paris : M. Champy.

Province : MM. Romieu, Turchini, Argaud, Courrier, Debeyre, Policard, Dubreuil, Collin, Bouin.

*Catégorie C : Histoire naturelle médicale et parasitologie.* — Paris : M. Brumpt.

Province : MM. Guiart, Thiry, Joyeux, Vallois, Chassevant, Mandoul, Galavielle, Lavier, Sénevet.

*Catégorie D : Bactériologie.* — Paris : M. Lemierre.

Province : MM. Carrieu, Lisbonne, Borrel, Rispal, Delavergne, Arloing, Parisot (J.), Duperie, Pinoy, Legrand, Lafforgue.

*Catégorie F : Anatomie pathologique.* — Paris : M. Roussy.

Province : MM. Bosc, Favre, Hoche, Tapie, Bardier, Grynfeldt, Gery, Sabrazes, Cornil.

*Catégorie F : Physiologie.* — Paris : M. Binet.

Province : MM. Fourment, Soula, Pachon, Schaeffer, Hedon, Doyon, Combemale, Abelous, Dubois, Tournade, Lambert, Santenoise.

*Catégorie G : Chimie.* — Paris : M. Desgrez.

Province : MM. Polonowsky, Moog, Florence, Valdiguie, Vallée, Delaunay, Robert, Nicloux, Fontes.

*Catégorie H : Physique.* — Paris : M. Strohl.

Province : MM. Vles, Escande, Fabre, Rechou, Pech, Cluzet, Chevallier, Dufour.

Deuxième division : MÉDECINE GÉNÉRALE. — *Catégorie I : Médecine générale.* — Paris : MM. Bernard (Léon), Rathery, Balthazard, Guillain, Baudouin, Gougerot, Achard, Clerc, Nobecourt, Labbé (Marcel), Claude, Villaret (Maurice), Sergent, Lereboullet, Carnot, Bezançon, Teissier, Tanon, Lœper.

Province : MM. Laporte, Carrieu, Perrin, Sorel, Euzière, Riser, Leenhardt, Aubry, Ducamp, Porot, Dalous, Vires, Doumer, Remond, Margaret, Richon, Bardier, Audibert, Bertin, Pic, Raymond, Carrière, Merklen, Minet, Giraud, Etienne, Bohmer, Aubry, Pierret, Gillot, Roger, Caussade, Gaujoux, Giraud, Boso, Spillmann, Lebon, Meurice, Olmer, Baylac, Cestan, Pautrier.

Deuxième division : CHIRURGIE ET OBSTÉTRIQUE. — *Catégorie J : chirurgie.* — Paris : MM. Cunéo, Mauclaire, Gosset, Ombrédanne, Lejars, Delbet, Legueu, Duval, Lenormant.

Province : MM. Froelich, Villard, Silhol, Lombard, Lambert, Begouin, Potel, Desforge-Mériel, Gaudier, Michel, Hanant, Leriche, Ducuing, Caubet, André, Dambrin, Costantini, Imbert, Gorse, Martin, Cabanès, Le Fort, Vanverts, Massabuau.

*Catégorie J* bis : *Ophtalmologie.* — Paris : M. Terrien.

Province : MM. Doumer, Potel, Berlin, Minet, Teulières, Villard, Weill, Aubaret, Carrière, Frenkel, Lambret, Le Fort, Cange, Pierret, Jeandelize, Rollet, Gaudier, Vanverts.

*Catégorie J ter : Oto-rhino-laryngologie.* — Paris : M. Lemaître.

Province : MM. Potel, Carrière, Pierret, Collet, Jacques, Escat, Lambert, Berlin, Vanverts, Terracol, Canuyt, Romieu, Aubry, Gaudier, Doumer, Le Fort, Minet.

*Catégorie K : Obstétrique.* — Paris : MM. Brindeau, Couvelaire, Jeannin, Faure (J.-L.).

Province : MM. Anderodias, Bué, Gillot, Laffont, Guérin de Montgareuil, Valmale, Garipuy, Véron, Audebert, Fruhinsholz, Pocot, Delmas, Reeb.

## Faculté de pharmacie de Paris

M. le Pr Guérin vient d'être nommé doyen de la Faculté de pharmacie de Paris, en remplacement de M. Radais, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

## Asile de la Seine

**Concours de l'internat en médecine des Asiles de la Seine.** — Un concours s'ouvre annuellement au mois de mars pour 7 à 10 places d'internes dans les Asiles de la Seine : Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard, Maison-Blanche, Moisselles. L'hôpital psychiatrique Henri Rousselle (centre de prophylaxie mentale), l'Infirmerie spéciale du Dépôt recrutent aussi leurs internes dans ce cadre. Avantages : traitement, indemnités diverses, logement, nourriture. Débouchés : cadre des médecins aliénistes de l'Etat, clinicat des maladies mentales, postes d'assistants à l'hôpital Henri-Rousselle, etc.

Les épreuves se composent d'une composition écrite d'anatomie et de physiologie du système nerveux (sur 20), et d'une triple épreuve de pathologie: copie de pathologie interne et externe, question orale d'urgence (coefficient total 40).

MM. Masquin, chef de clinique psychiatrique, et d'Heucqueville, interne à l'hôpital Henri-Rousselle feront respectivement à partir du 10 octobre des conférences préparatoires à ces deux épreuves.

S'adresser, 1, rue Cabanis (XIVe).

## Hospice national des Quinze-Vingts

Un concours pour deux emplois de chefs de clinique à la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts sera ouvert, le lundi 26 octobre 1931, à 8 heures 30 du matin, rue Moreau, n° 13.

MM. les docteurs qui désirent concourir peuvent se faire inscrire au secrétariat de l'hospice national des Quinze-Vingts, rue de Charenton, n° 28, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 9 à 11 heures et de 15 à 18 heures, jusqu'au 21 octobre 1931 inclus.

*Conditions du concours* (arrêté ministériel du 15 septembre 1931). — Peuvent prendre part au concours les docteurs en médecine de nationalité française, âgés de moins de 40 ans, qui témoigneront par des titres suffisants de la valeur de leur spécia-

## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

lisation et dont la candidature sera agréée par le ministre de la Santé publique.

La liste des candidats admis à prendre part au concours sera arrêtée par le ministre de la Santé publique, après avis du Directeur de l'hospice national des Quinze-Vingts.

Le concours comprend quatre épreuves : 1° Une épreuve sur titres avec majoration de quatre points en faveur des assistants de la clinique des Quinze-Vingts et de deux points en faveur des stagiaires autorisés; 2° Une épreuve pratique de réfraction sur un malade, avec vingt minutes d'examen et cinq minutes d'exposition; 3° Une épreuve clinique portant sur un malade quelconque, avec vingt minutes pour l'examen du malade et dix minutes pour l'exposition; 4° Une épreuve de laboratoire comportant : *a*) examen microscopique d'une préparation d'anatomo-pathologie de l'œil ou de ses annexes; *b*) Préparation et examen bactériologique d'une sécrétion.

Il sera accordé une heure de préparation pour l'ensemble et dix minutes pour l'exposition. Le maximum de points à attribuer pour chacune des épreuves sera de vingt et de dix seulement pour l'épreuve sur titres

Le jury du concours sera composé d'un membre de l'Académie de médecine, président, d'un membre de la Commission consultative de l'hospice des Quinze-Vingts, désignés, l'un et l'autre, par le ministre de la Santé publique, de quatre médecins en chef et du chef de laboratoire de la clinique ophtalmologique.

Les candidats devont déposer au secrétariat au moment de leur inscription : 1° Leur diplôme de docteur en médecine; 2° Un bordereau énumérant leurs titres universitaires, médicaux et scientifiques; 3° Un exemplaire de travaux scientifiques qu'ils ont publiés.

### Académie de Strasbourg

M. Dresch (Joseph), recteur de l'Académie de Toulouse, est nommé recteur de l'Académie de Strasbourg, à dater du 1er octobre, en remplacement de M. Pfister admis à faire valoir ses droits à la retraite.

### Hôpitaux de Bordeaux

**Concours pour une place de médecin résidant à l'hospice général.** — Ce concours sera ouvert le mardi 10 novembre 1931.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au mardi 27 octobre 1931 inclusivement, au secrétariat des hospices, cours d'Albret, 91.

En se faisant inscrire, les candidats déposeront :

Leur diplôme de docteur, délivré par une des Facultés de médecine de France.

Leur acte de naissance et, s'il y a lieu, la preuve qu'ils sont français ou naturalisés français.

Un certificat de bonne conduite et de moralité délivré par le maire de la commune de leur résidence.

Un engagement écrit de résider dans l'établissement, de ne pas avoir de cabinet de consultation en ville, de se conformer au règlement du Service de santé, à ceux de l'établissement, aux décisions et délibérations ultérieures de la Commission administrative des hospices ainsi qu'aux mesures de discipline prévues par le règlement.

L'admission au concours est subordonnée à la décision de la Commission.

Le jury du concours est composé de sept juges, savoir : deux médecins, trois chirurgiens et deux accoucheurs titulaires désignés par le sort. Il est présidé par le plus ancien des membres titulaires présents.

Le programme du concours comprend trois épreuves:

1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie chirurgicale.

2° L'examen clinique de deux malades dont l'un atteint d'affection médicale et l'autre d'affection obstétricale.

3° Une épreuve de médecine opératoire ayant pour objet une opération chirurgicale précédée des considérations anatomiques et pathologiques qui s'y rapportent.

Le temps accordé à chaque candidat pour la première épreuve est de quatre heures, d'une heure et demie pour l'épreuve clinique (une demi-heure d'examen, une demi-heure de réflexion, une demi-heure d'exposition) et une heure pour l'épreuve opératoire.

Le médecin résidant nommé est nourri, logé, chauffé et éclairé; il reçoit un traitement annuel de 5.900 francs.

La durée de son service est d'une année obliga-

## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

toire, avec renouvellement pour deux annés consécutives, au gré de l'Administration

**Concours d'internat en pharmacie** — Le concours pour huit places d'internes en pharmacie s'ouvrira le mardi 17 novembre 1931, à l'hôpital Saint-André, à 8 heures du matin.

Les candidats doivent se faire inscrire au Secrétariat des hospices quinze jours au moins avant l'ouverture du concours.

Ne peuvent prendre part à ce concours que les étudiants en pharmacie ayant au moins 8 inscriptions validées.

Les candidats devront, en outre, justifier qu'ils sont Français ou naturalisés Français.

La durée de l'internat est de trois ans.

Ils reçoivent une indemnité de logement de 150 francs par mois et une indemnité annuelle de 1.000 francs pour la première année, de 1.200 francs pour la deuxième année et de 1.600 francs pour la troisième. Une indemnité de nourriture de 400 francs par mois leur est allouée.

Lorsqu'une ou plusieurs places d'internes en pharmacie deviennent vacantes, dans l'intervalle de deux concours, le remplacement a lieu par les internes provisoires classés à la suite des internes titulaires.

Les internes provisoires sont astreints à remplacer les internes titulaires; en cas de refus ils ne seront plus admis au concours.

La répartition des internes en pharmacie est faite par le pharmacien en chef des hôpitaux, en suivant l'ordre de classement. Toutefois ils peuvent être envoyés, selon les besoins du service, d'une façon temporaire, dans un hôpital autre que celui auquel ils ont été attachés primitivement.

Tout élève qui quitte son service sans un congé régulier est considéré comme démissionnaire.

Les internes auxquels il est accordé un congé pour satisfaire à la loi de recrutement sont autorisés à compléter leurs trois années d'internat. Ils sont autorisés à faire une quatrième année d'internat par mesure spéciale et après avis du pharmacien en chef.

L'interne qui reprend ses fonctions après son service militaire est classé en tête de la liste des nouveaux promus de l'année où il reprend son service.

En aucun cas les internes ne peuvent arguer de leurs occupations extérieures pour s'affranchir de leur service au sujet duquel ils sont à la disposition entière du pharmacien en chef et des pharmaciens des établissements.

Le concours de l'internat comprend :

A. *Epreuve d'admissibilité.* — 1° Un rapport écrit sur le matériel et les réactifs nécessaires au sujet du *modus operandi* d'une analyse chimique médicale. Cette épreuve est cotée de 0 à 20. Une demi-heure est accordée pour la rédaction de ce rapport.

2° Une compositon écrite sur un sujet de pharmacie galénique de trois heures de durée. Cette épreuve est cotée de 0 à 40.

B. *Epreuve d'admission.* — 1° Une épreuve orale de dix minutes de durée, précédée d'un quart d'heure de réflexion et portant sur un médicament chimique (cette épreuve est cotée de 0 à 30).

2° Une épreuve orale de dix minutes de durée, précédée d'un quart d'heure de réflexion et portant sur un sujet de matière médicale (cette épreuve est cotée de 0 à 20).

3° Une épreuve de reconnaissance de dix produits chimiques, dix produits pharmaceutiques et dix produits de matière médicale (cette épreuve est cotée de 0 à 15).

Les candidats ne peuvent être nommés internes titulaires s'ils n'ont obtenu la moitié au moins du nombre total de points que le maximum fixé permettait d'atteindre.

Tout candidat qui s'abstient de prendre part à l'une des épreuves est mis hors concours.

Les internes sont tenus de se conformer aux réglements du Service de santé et aux décisions de la Commission administrative.

### Vacance d'un poste de directeur de bureau municipal d'hygiène

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène publique est déclarée ouverte pour la ville de Brest.

Le titulaire du poste exercera en même temps les fonctions de directeur du dispensaire antituberculeux de Kéroriou.

Le traitement alloué est fixé comme suit :

Bureau municipal d'hygiène : début 25.000 francs maximum, 35.000 francs

Dispensaire de Kéroriou : début, 10.000 francs, maximum, 13.000 francs.

Avancement : 3.250 francs tous les 3 ans.

De plus le directeur du dispensaire de Kéroriou reçoit une indemnité annuelle de 6.000 francs du Comité départemental d'hygiène sociale.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à

# DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

compter de la présente publication à l'*Officiel*, pour adresser au ministère de la Santé pubiique (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau), 7, rue de Tilsitt, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

## Concours pour un poste de médecin directeur de sanatorium public

Un concours sur titres est ouvert pour le poste de médecin directeur du sanatorium public départemental de Liessies (Nord).

Le traitement de début est fixé à 39.000 francs et peut atteindre 52.000 francs par avancements successifs. L'intéressé bénéficiera, en outre, gratuitement du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage, avec faculté d'utiliser à titre onéreux, le ravitaillement de l'établissement. Il ne peut faire de clientèle.

Les candidats devront être français, du sexe masculin, âgés de moins de quarante ans et produire un extrait de leur casier judiciaire, leur diplôme de docteur en médecine d'une Faculté de l'Etat et toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

La limite d'âge de 40 ans est reculée d'un temps égal à la durée des services militaires, ainsi que des services rendus dans les dispensaires antituberculeux et donnant droit à une retraite.

Les médecins adjoints, en fonction dans les sanatoriums publics, ne sont pas soumis à la limite d'âge et sont dipensés de fournir les pièces ci-dessus. Toutefois, ils devront formuler une demande spéciale qui sera accompagnée de l'avis du préfet et du médecin directeur du sanatorium auquel ils sont affectés.

Les demandes devront être adressées, avant le 25 octobre 1931, au ministère de la santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 4e bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

## IIe Congrès international de pathologie comparée

Ce Congrès se tiendra à la Faculté de médecine de Paris, du 14 au 18 octobre 1931, sous la présidence de M. le Pr Achard, membre de l'Institut et secrétaire général de l'Académie de médecine.

Secrétaire général : Ch. Grollet, 7, rue Gustave Nadaud.

## IIIe Congrès international et IIIe Exposition internationale de technique sanitaire et d'hygiène urbaine

Après Prague et Milan, la ville de Lyon a été choisie pour être le siège, les 6, 7, 8 et 9 mars 1932, du IIIe Congrès international de technique sanitaire et d'Hygiène urbaine.

Ce Congrès s'accompagnera, suivant l'usage établi aux précédentes manifestations, d'une Exposition internationale qui se tiendra du 7 au 20 mars 1932, dans le cadre et pendant la Foire de Lyon.

Tous renseignements seront donnés sur demande adressée au Commissaire général du Congrès et de l'Exposition : M le Dr Garin, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu, Conseiller municipal, rue Ménestrier, Lyon.

## Légion d'honneur

Sont nommés :

*Au grade de chevalier :* MM. les Drs Van Duyse, professeur à l'Université de Gand; Paul Delanne (de Bruxelles); Belletrud; Brémond (de Chaudesaigues).

## Médaille d'honneur de l'éducation physique

*Médaille d'or.* — M. Spillmann, doyen de la Faculté de médecine de Nancy.

## Le Congrès international contre le rat

Du 7 au 12 octobre s'est tenu à Paris, sous le patronage du Gouvernement de la République et du Corps diplomatique, une Deuxième conférence internationale du rat, la première ayant obtenu, il y a trois ans, un succès considérable. Il s'agissait cette fois d'organiser une croisade universelle contre l'un des pires ennemis de l'humanité, agent redoutable de transmission des maladies contagieuses, notamment de la peste, et qui, d'autre part, occasionne à la fortune publique, par ses déprédations illimitées,

des pertes se chiffrant annuellement par centaines de millions pour chaque pays! C'est pourquoi, comme en 1928, toutes les Nations ont été invitées à participer à cette Conférence, par la nomination de délégués chargés de les représenter.

Sous les auspices de l'Exposition Coloniale, s'est ouvert au même moment, un Congrès colonial du rat et de la peste, le premier en date, étroitement rattaché à la Conférence internationale.

Le Comité d'organisation était présidé par les Prs Calmette et Marchoux, de l'Institut Pasteur. Son secrétaire général était le Pr Gabriel Petit, de l'Académie de médecine.

## La cure sanatoriale à Briançon

A la fin du mois d'octobre 1931, s'ouvrira à Briançon, dans une situation splendide, à 1.350 mètres d'altitude un nouveau sanatorium pour dames et jeunes filles : « Le Grand hôtel des Neiges ».

Ce sanatorium construit et installé de la façon la plus moderne sera placé sous la direction du Dr Pin et de Mme la doctoresse Sentis-Pin, assistés d'un Comité consultatif placé sous la présidence de M. le Pr Emile Sergent, et comprenant les Drs Mignot et François Le Sourd.

Il est inutile d'insister sur l'intérêt que présente cette création dans la haute vallée de la Durance qui jouit d'un climat absolument privilégié.

Pour tous les renseignements, s'adresser au Dr Pin, à Briançon (Hautes-Alpes).

## Le 40e Congrès de l'Association française de chirurgie

Ce Congrès, présidé par le Pr Lambret, s'est tenu à Paris du 5 au 10 octobre, le Pr Pierre Duval occupait la vice présidence, le Pr Grégoire en était le secrétaire général et le Dr Mondor, le secrétaire général adjoint.

## Hommage au Dr Chompret

La première chaire d'Université de stomatologie fut créée en 1844 à la Faculté de médecine de Budapest. En souvenir du Pr Arkovy, qui en fut le titulaire le plus universellement apprécié tant au point de vue scientifique qu'à celui de son action doctrinale, la Société hongroise de stomatologie a fondé une médaille d'or pour être décernée tous les 3 ans au stomatologiste jugé le plus éminent par un jury international.

Attribuée pour la première fois, cette année, à l'occasion du Congrès de Budapest, elle le fut au Dr Chompret, stomatologiste des hôpitaux de Paris. Ce choix est un juste hommage rendu aux mérites de notre confrère et il honore en même temps toute la stomatologie française.

## Statue de Henri Moissan

A Meaux a été inaugurée dimanche la statue élevée à la mémoire de Henri Moissan, chimiste, à qui la science moderne est redevable de tant de progrès.

C'est la Société de chimie industrielle qui a pris l'initiative de cette statue.

La cérémonie était présidée par M. Béhal, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, délégué par M. le ministre de l'Instruction publique.

## Monument Camille Ronflette

Le dimanche 11 octobre, à 14 heures, aura lieu à Belœil l'inauguration du monument élevé par souscription publique au Dr Camille Ronflette.

## Ecole d'ergologie

Les cours de l'Ecole d'ergologie (ou science du travail) annexée à l'Institut des Hautes Etudes de Belgique, reprendront le 28 octobre, 65, rue de la Concorde, Bruxelles.

Cet enseignement, d'une durée d'un an (et gratuit) s'adresse spécialement aux ingénieurs, chefs d'industries et d'administrations, chefs du personnel, médecins d'usines, inspecteurs du travail, membres du Corps enseignant et auxiliaires sociales.

## Service de santé de la marine

Par décision du 29 septembre 1931, les étudiants en médecine et en pharmacie dont les noms suivent ont été nommés élèves du service de santé de la marine, à la suite du concours de 1931 :

*Ligne médicale* (candidats à 4 inscriptions). — MM. 1. Torresi, Dezest, Kersaudy, Caer, Hebraud, Eggenberger, Malaterre, Betegan, Gallais, Brochen.

11. Gounelle, Seince, Poulic, Gabibel, Fuchs, Carpentier, Carel, Bonnel, Ferville, Brugere.

21. Gide, Touanen, Chippaux, Morand, Le Henaff, Blanquic, Bertaud du Chazaud, Miqueu, Calvary, Le Bousse.

31. Roques, Duviol, Guerin, Le Floch, Hollecker, Le Bourhis, Viaud, Fleuriot, Lestrade, Salaun.

41. Quemerch, Raymond, Ratier, Creste, Gay Hoël, Dubernat, Lemoine, Fontvieille, Billot, Giraudeau.

51. Puret, Collos, Guerard, Rodallec, Lavaud, Malcuit, Coulloch, Coupigny, Langeard, Le Falchier.

61. Phelippaud, Graziani, Waber, Rannou, Neel, Abadie, Puyuelo, de Bérail, Queguiner, Lacroix.

71. Bereni, Blanche, Texier, Chamfrault, Barthère, Taxil, Sappry, Jourdain, Corvez, Bascheri.

81. Griffon, Ferrand, Berthon, Saboya, Bouilloc, Gariou, Jean, Arnal, de Lajudie.

90. Rouquette et Couzigou, ex æquo.

*Ligne pharmaceutique et chimique* (candidats munis de la validation de stage). — MM. 1. Servant, Creach, Petard.

Ces élèves devront être rendus à Bordeaux le jeudi 22 octobre 1931, et se présenter, avant onze heures au médecin général directeur de l'Ecole, 145, cours de la Marne.

## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

Tout élève qui renoncerait au bénéfice de son admission devra envoyer avant le 15 octobre 1931 au ministre de la marine (direction centrale du Service de santé) sa démission d'élève accompagnée, s'il est mineur, du consentement de ses parents ou tuteur.

Les élèves qui ne rejoindront pas l'Ecole de Bordeaux le jour fixé pour la rentrée ou qui n'auront pas sollicité un sursis d'arrivée seront considérés comme démissionnaires.

Au cas où des élèves ne seraient pas touchés en temps voulu par leur lettre de nomination, la présente insertion leur en tiendra lieu et leur servira pour l'établissement d'une feuille de route pour se rendre à Bordeaux.

Les élèves admis devront remettre à leur arrivée à l'école les pièces ci-après :

1° Leur lettre de nomination;

2° Un extrait de leur acte de naissance sur papier libre;

3° Un extrait du casier judiciaire, délivré par le greffe du tribunal civil dont dépend leur lieu de naissance;

4° Un certificat de bonne vie et mœurs de la mairie ou du commissaire de police de leur domicile, établi à une date postérieure à leur nomination;

5° S'ils sont mineurs, une déclaration de leur famille les autorisant à contracter l'engagement prévu par la loi du 31 mars 1928 (art. 30) (la signature des parents ou tuteurs doit être légalisée par le maire ou le commissaire de police);

6° Un certificat universitaire constatant qu'ils ont subi, avec succès, les examens de fin d'année correspondant à leur scolarité ou, s'ils ont subi un échec, qu'ils peuvent néanmoins poursuivre leur scolarité.

Les élèves ne pourront être admis définitivement que sous réserve de fournir ledit certificat avant le 15 novembre 1931 au plus tard.

Les étudiants qui, n'appartenant pas à une des trois Ecoles annexes de médecine navale sont immatriculés dans une Faculté autre que celle de Bordeaux, doivent demander sans délai le transfert de leur dossier universitaire à cette Faculté.

La valeur du trousseau pour l'année scolaire 1931-1932 a été fixée comme suit :

1^re année scolaire, 3.580 francs.
2^e année scolaire, 1.230 francs.
3^e année scolaire, 1 990 francs.
4^e année scolaire, 1.170 francs.

En raison du délai indispensable pour la confection du trousseau (mesures, essayages, confection), il est recommandé aux élèves d'arriver à l'Ecole avec les vêtements, le linge et les chaussures nécessaires pour un mois au minimum.

Le linge personnel sera blanchi selon les besoins.

Aux termes de l'article 152 de la loi de finances du 16 avril 1930, la pension est accordée gratuitement à tous les élèves admis à l'Ecole.

Seul le trousseau reste à la charge des élèves ; néanmoins les familles ont la possibilité de solliciter un trousseau gratuit.

Les familles ou les candidats qui désirent obtenir le dégrèvement du trousseau doivent formuler leur demande sur papier timbré.

Cette demande doit être remise avant le 15 octobre au préfet du département dans lequel la famille de l'élève a élu domicile; elle doit être accompagnée du dossier suivant :

1° Un état de renseignements détaillés sur les moyens d'existence de la famille, le nombre, l'âge et la situation respective des enfants et sur les autres charges des parents.

2° Un relevé des contributions.

Le préfet provoque une délibération du conseil municipal du lieu de la résidence ordinaire des familles, la joint au dossier et fait connaître son avis. Le dossier doit être transmis le 30 novembre, dernier délai au ministère de la marine (direction du service de santé).

Les trousseaux sont accordés par le ministre sur la proposition d'une commission dont la composition est fixée par décision ministérielle.

Les pièces constituant le dossier ne sont en aucun cas, renvoyées au candidat.

Restent au compte de la famille, même dans le cas où l'élève est titulaire d'une indemnité de trousseau, et versés dans la caisse des écoles ;

1° Normalement la somme de 70 francs, versée annuellement au commencement de chaque année scolaire pour instituer une masse générale d'entretien.

2° Une somme de 80 francs, versée au moment de l'entrée à l'Ecole pour la bibliothèque générale.

3° Extraodinairement, le renouvellement des effets, livres et objets usés prématurément, gaspillés ou perdus, les dégradations faites au matériel de l'Ecole, etc.

*Le gérant :* J.-B. BAILLIÈRE

# DERNIÈRES NOUVELLES

## Nécrologie

Le médecin commandant Charles Masson (de Grandris, Rhône). — Le Dr Cassan (de Cordemas). — Le Dr Armand Chevalier (de Lancouacq). — Le Dr Issaline (de Maiche). — Le Dr Poupy (de Brigueil). — Le Dr Léon Salvan (de Villemomble). — Le Dr Louis Vasseur (de La Capelle-Bainethun). — Le Dr François Franceschi, décédé à Pacy-sur-Eure. — Le Dr Picot, chirurgien honoraire de l'hôpital de Cholet. — Le Dr Geslin (de Beaufort-en-Vallée). — Le Dr Zdenek Myslivecek, professeur de psychiatrie à l'Université de Bratislava, décédé à l'âge de 50 ans. — Le Dr Arthur Simard, chirurgien de Québec, professeur à l'Université Laval.— Le Dr Masson (de Grandis).

## Hôpitaux de Paris

**Concours de l'internat.** — *Epreuve orale*. — Séance du 8 octobre. — Questions données : « Symptômes et diagnostic de la tuberculose génitale de l'homme. - Zona intercostal ». — MM. Moulinié, 13; Scheid, 20; Mathivat, 18; Ghozland, 20 1/2; Soyer, 22; François, 17; Boussoulard, 18; Wetterwald, 24; Monnier, 16; Seguin, 17; Brontmann, 18.

Excusés : MM. Velez-Bournat, Esquirol, Bonner, Nalher, Sambron, Legry, Mlle Gagneux; MM. Marcombes, Nastorg.

Séance du 12 octobre. — Questions données : « Signes, évolution et traitement des fractures de la jambe à la partie moyenne. - Symptômes et évolution du rétrécissement mitral pur ». — MM. Pourquié, 17 1/2; Baumgartner, 26; Caby, 24; Mlle Courrier, 15; MM. Marre, 17; Israël, 21; Dezoteux, 17; Arviset, 13; Hertz, 22.

M. Rossignol a filé.

Séance du 13 octobre. — Questions données : « Symptômes, diagnostic et traitement des phlegmons des gaines synoviales de la paume de la main. - Symptômes et diagnostic de la maladie d'Addison ». — MM. Martrou, 13; Pannet, 15; Huguier, 21; Chareire, 23; Perrret, 17; Chevallier (Roger), 24; Macrez, 25; Mme Abraham, 18; M. Durandy, 14.

**Concours pour deux places de stomatologistes des hôpitaux.** — Jury : MM. Frey, Schaeffer, Lemerle, Robin, Rochard, Brouardel, Mouchet; lecteur : M. Vilenski; censeurs : MM. Boissier, Chatellier.

## Facultés de médecine

**Concours d'agrégation.** — Liste des membres des jurys des concours du premier degré de l'agrégation des Facultés de médecine (fin).

Quatrième division : PHARMACIE. — *Catégorie L : Histoire naturelle pharmaceutique*. — Paris : M. Perrot.

Province ; MM. Maurin, Gillot, Leulier, Sencvet, Cabanes, Sartory, Lavier, Lasseur, Beille, Lobstein, Seyot, Fourment.

*Catégorie M : Pharmacie*. — Paris : M. Goris.

Province : MM. Morvillez, Jadin, Pastureau, Dupouy, Grelot, Leulier, Ribaut, Gérard (E.), Guillame.

*Catégorie N : Chimie générale pharmaceutique et toxicologie*. — Paris : M. Lebeau.

Province : MM. Morel, Morvillez, Gérard (E.), Valdiguie, Moog, Labrode, Pastureau, Vallée, Labat, Volmar, Douris.

II. JUGES SUPPLÉANTS. — Première division : BIOLOGIE. — *Catégorie A : Anatomie*. — Paris : MM. Hovelacque, Olivier.

Province : MM. Laux, Clermont, Granel, Mutel, Dubecq, Gabrielle, Ribet.

*Catégorie B : Histologie*. — Paris : MM. Verne, Millot, Giroud, Mulon.

Province : Lacoste, Vatrin, Noël, Granel.

# DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

*Catégorie C: Histoire naturelle médicale et parasitologie* — Province : MM. Sigalas (R.), Mornas, Larousse, Roques.

*Catégorie D : Bactériologie.* — Paris : M. Gastinel.

Province : MM. Boulet, Sorel, Aubertin, Dufourt.

*Catégorie E : Anatomie pathologique.* — Paris : MM Huguenin, Oberling.

Province : M. Pieri, M[lle] Condat, MM. Muratet, Sendrail, Pages, Martin (J.-F.).

*Catégorie F : Physiologie.* — Paris : MM. Richet, Chailley-Bert.

Province : MM. Hermann, Fabre (R.).

*Catégorie G : Chimie.* — Paris : MM. Sannié, Labbé (H.).

Province : MM. Cristol, Vitte, Giberton, Roche.

*Catégorie H : Physique.* — Paris : M. Dognon.

Province : MM. Lamy, Nogier, Lamarque, Bugnard.

Deuxième division : MÉDECINE GÉNÉRALE. — *Catégorie I : Médecine.* — Paris : MM. Donzelot, Piédelièvre, Lian, Chevalier, Vallery-Radot, Hutinel, Joannon, Chabrol, Bénard (H.), Cathala, Laroche (Guy), Moreau, Brulé, Harvier, Alajouanine, Aubertin, Sezari.

Province : MM. Puech, Sorel, Sendrail, Simonin, Roques, Creyx, Auguste, Gerney, Chalier, M[lle] Condat, MM. Drouei, Abel, Nérac.

Troisième division : CHIRURGIE ET OBSTÉTRIQUE. *Catégorie J : Chirurgie.* — Paris : MM. Quénu, Moulonguet, Gatellier, Moure, Mondor, Leveuf, Brocq, Cadenat, Fey, de Gaudart d'Allaines.

Province : MM. Lefebvre, Papin, Aimes, Ferrari, Duboucher, Swynghedauw, Santy, Binet, Moggi, Miginiac, Delannoy, Guillemin, Barthélemy.

*Catégorie J bis : Ophtalmologie.* — Paris : M. Velter.

Province : MM. Nérac, Swynghedauw, Delannoy, Gernez, Beauvieux, Auguste.

*Catégorie J ter : Oto-rhino-laryngologie.* — Province : MM. Swynghedauw, Ferrari, Gernez, Auguste, Duboucher, Delannoy, Nérac, Moggi.

*Catégorie K : Obstétrique.* — Paris : MM Vaudescal, Portes, Vignes, Ecalle.

Province : MM. Rhenter, Pery, Houel, Colldecarrera, Vermelin.

Quatrième division : PHARMACIE. — *Catégorie L : Histoire naturelle pharmaceutique.* — Province : MM. Sigalas, Manceau, Martin Sans.

*Catégorie M : Pharmacie.* — Province : MM. Manceau, Golse, Florence.

*Catégorie N : Chimie générale pharmaceutique et toxicologie.* — Province : MM. Brustier, Chambon, Vitte.

## Ecole de médecine de Rennes

M. le D[r] Sourdin, professeur suppléant et chef des travaux anatomiques, est nommé professeur d'anatomie, en remplacement de M. le P[r] Lautier, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

**Concours pour un emploi de professeur suppléant.** — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie, physiologie et histologie à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Rennes s'ouvrira le mardi 19 avril 1932 devant la Faculté de médecine de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos le 18 mars 1932.

## Ecole de médecine d'Angers

M. le D[r] Ch. Martin, professeur d'anatomie, est nommé, à compter du 1[er] octobre 1931, professeur de clinique chirurgicale.

## Hôpitaux de Rouen

Le concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Rouen qui devait avoir lieu le 5 novembre est reporté au 13 novembre.

## Examen de médecin sanitaire maritime

Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Bordeaux le 29 octobre 1931.

S'inscrire auprès du directeur de l'inscription maritime à Bordeaux.

## Faculté de médecine de Montréal

M. le D[r] Paul Letoudal a été nommé, après concours, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montréal (Canada).

## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

### Service de santé militaire

Sont promus dans le Corps de santé militaire et, par décision ministérielle du même jour, maintenus dans leur affectation actuelle :

*Au grade de médecin capitaine.* — MM. les médecins lieutenants Mandillon et Rodet.

### Marine militaire

M. le médecin principal Esquier, du port de Toulon, a été nommé médecin spécialiste des hôpitaux maritimes, branche dermato-vénéréologie.

### Asiles d'aliénés

**Vacance de postes de médecin chef de service d'asiles publics d'aliénés** — Un poste de médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Clermont (Oise) est vacant, par suite du départ de M. le Dr Baruk, nommé à un autre poste.

Un poste de médecin chef de service à l'asile public autonome d'aliénes de Bailleul (Nord) est vacant, par suite du départ de M. le Dr Maupaté, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. le Dr Giscard, reçu au concours de médecin des Asiles pour l'année 1931, est nommé médecin chef de service de l'asile privé faisant fonction d'asile public d'aliénés de Lommelet, en remplacement de M. le Dr Teulié.

M. le Dr Clerc, médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Sarreguemines, est nommé médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Stephansfeld, en remplacement de M. le Dr Frey.

M. le Dr Lassalle, reçu au concours de médecin des asiles pour l'année 1931, est nommé médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Saint-Lizier, en remplacement de M. le Dr Teulié.

M. le Dr Porc'her, médecin chef de service à l'asile d'aliénés de Dury-les-Amiens, est nommé médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Maréville (poste créé, à la disposition du ministre).

M. le Dr Pottier, reçu au concours de médecin des asiles pour 1931, est nommé médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Saint-Dizier (poste créé).

M. le Dr Godard, médecin chef de service à l'asile d'aliénés du Bon-Sauveur (Côtes-du-Nord), est nommé médecin chef de service à l'asile privé faisant fonction d'asile public de Lehon (Côtes-du-Nord) poste créé).

Sont vacants :

Le poste de médecin directeur de l'asile public de Sarreguemines

Le poste de médecin chef de l'asile public de Dury-les-Amiens.

Un poste de médecin chef à l'asile public des Quatre-Mares, à Sotteville-les-Rouen.

Un poste de médecin chef à l'asile privé de Bégard (Côtes-du-Nord).

### Concours pour une place d'inspecteur d'hygiène du Rhône

M. le Dr Chalut a été nommé inspecteur départemental d'hygiène du Rhône.

### Légion d'honneur

Sont nommés :

*Au grade d'officier :* MM. les Drs Bonloumié (de Vittel); Buizard (de Paris); Chavannaz, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Le Lorier, accoucheur des hôpitaux de Paris; Letellier; Levy-Solal, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Monbrun, ophtalmologiste des hôpitaux de Paris; Rist, médecin des hôpitaux de Paris; Thilliez, médecin chef de l'hôpital de Béthune.

*Au grade de chevalier :* MM. les Drs de Alberti; Argelliès; Aumond; Barbier; Bergugnat; Bertholet; Mlle Bouet; MM. Bourassin; Bricq; Brunet; Capgras, médecin de l'Asile Sainte-Anne; Mme Colin née Gouhier, surveillante à l'hôpital Beaujon; Mme du Couedic de Kergoualer, supérieure des religieuses infirmières de l'hôpital Saint-Jacques, à Besançon; M. le Dr Chanteux; M. Chevret, pharmacien; MM. les Drs Delarue; Delavigne; Mme veuve Délaunay née Mabille; M. le Dr Delhaye; M. Dumont, directeur de l'hôpital Péan; MM. les Drs Duroisel; Engel; Faysse; MM. Forestier, inspecteur d'hygiène; Fosseyeux, chef de service à l'Assistance publique; MM. les Drs Hermabessière; Hortoles; Hudelo; M. Jail-

## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

lot, inspecteur de l'Assistance publique; M. Jolly, administrateur du bureau de bienfaisance du 12e arrondissement de Paris; Mme Jourdain née Dupont (Madeleine); MM. les Drs Le Berre; Leclercq, Lefaux; Le Mière; Lipschitz; M. Machiou, chirurgien dentiste; MM. les Drs Malfuson; Maronnier; Marty; Maubert, chirurgien; Ménard; Moulonguet, médecin des hôpitaux; Mutterer; Orabona; Pascalis; Penot; Périer; Mme de Pomereu née de Mun (Alexandrine); M. le Dr Poussin; M. Raverat, secrétaire général de l' « American Braille Press »; MM. les Drs Renouard; de Rocca Serra; Roullet-Audy; M Sanson, prêtre-conférencier; MM les Drs Sarnazin; Corgius, Thilliez, chi-rurgien; Vallée; Vieubled; Virey; Mme Vuillaume née Vuillaume (Françoise-Antoinette-Mathilde); M. Wuillaume, secrétaire du bureau de bienfaisance du 15e arrondissement.

### Médailles d'honneur de l'assistance publique

*Médailles d'or.* — M. le Dr Beaudouin, médecin des asiles publics d'aliénés, asile de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne.

M. le Dr Trenel, médecin chef de l'asile clinique Sainte-Anne, à Paris.

M. Planchet, directeur de l'asile national des convalescents du Vésinet.

M. le Dr Guillermain, médecin chef des sanatoria de Ris-Orangis, de Champrosay, des cheminots.

*Médailles d'argent.*— M. le Dr Aubouin (de Laval). M. le Dr de Alberti (de Nice).

*Médailles de bronze.* — M. le Dr Luneau (de Saint-Sébastien-sur-Loire).

Mme Simon, professeur de puériculture à la Société maternelle parisienne la Pouponnière, à Paris.

### Troisième réunion plénière de la Société anatomique de Paris

A Paris a eu lieu les 12 et 13 octobre, la troisième réunion plénière de la Société anatomique de Paris. Différents rapports ont été présentés, notamment par M Titu Vasiliu (de Cluj) sur la conception étiologique et pathologique de la lymphogranulomatose tirée de l'étude expérimentale; par MM. Fabre et P. Croizat (de Lyon) sur les caractéristiques générales de granulome malin tirées de son étude anatomo-clinique; par MM. G. Dubreuil et A. Lacoste (de Bordeaux) sur l'histophysiologie des parois vasculaires artérielles et veineuses.

### IIe Congrès international d'oto-rhino-laryngologie (Madrid 1932)

Le IIe Congrès international d'oto-rhino-laryngologie aura lieu à Madrid du 27 au 30 septembre 1932, sous la présidence du Pr A.-C. Tapia.

Questions à l'ordre du jour :

*Otosclérose.* — Rapporteurs: Fraser (Edimbourg, Angleterre); Gordon Wilson (Chicago, U. S. A.); Otto Mayer (Vienne, Autriche).

*Ozène.* — *a*) Etiologie, pathogénie bactériologie (Résultat d'une enquête internationale. Rapporteurs: Leroux-Robert (Paris, France ; Costiniu (Bucarest, Roumanie). — *b*) Traitement médical. Rapporteur: Viggo Schmidt (Copenhague, Danemark). — *c*) Traitement chirurgical. Rapporteur: Lautenschlager (Berlin, Allemagne). — *d*) 1° Anatomie pathologique. Rapporteur : Torrini Luigui (Florence, Italie); 2° Recherches bactériologiques et expérimentales. Rapporteurs : P. Marlogis (Italie), Alphonso Trimarchi (Cremena, Italie).

*Sclérome.* — Les résultats de l'enquête internationale, en ce qui concerne le sclérome (géographie, statistique, épidémiologie). Rapporteur : Belinoff (Sofia, Bulgarie). Co rapporteurs : Szmurlo (Pologne), Sercer (Danemark). — Bactériologie : Lasagna (Parme, Italie). — Clinique et thérapeutique : Bourack (Mins, Russie). — Histoire : Hajek (Vienne, Autriche). — Légis

### IXe Congrès international d'histoire de la médecine

Ce Congrès aura lieu à Bucarest (Roumanie) en septembre 1932.

Adresse du bureau du Congrès : Bucarest 11, Stada Stirbei Voda 86.

### VIe Conférence des psychanalystes de langue française

La VIe Conférence annnuelle des psychanalystes de langue française se tiendra à Paris les vendredi

30 et samedi 31 octobre 1931, à l'Amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales, Asile Clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis (XIVe).

Des rapports seront présentés :

Le vendredi 30 octobre, de 9 à 12 h. par le Dr G. Parcheminey sur l'hystérie de conversion.

Le samedi 31 octobre, de 9 à 12 h. par Mme Jouve-Reverchon sur l'hystérie du point de vue psychiatrique.

## A la mémoire de Ch. Dujarier

Les amis et les élèves du Dr Charles Dujarier, désireux de perpétuer sa mémoire, ont décidé d'apposer une médaille à son effigie dans son service de l'hôpital Boucicaut.

Une souscription est ouverte à cet effet.

Les fonds sont recueillis dès maintenant : 1° A la librairie Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, Compte chèques postaux : Paris n° 599; 2° A l'hôpital Boucicaut, 78, rue de la Convention, Paris (15e), entre les mains de l'Econome de l'hôpital.

Toute souscription de 100 francs donnera droit à une médaille due au sculpteur Auguste Maillard, réduction de celle qui sera inaugurée à Boucicaut dans le courant de 1932.

## Séance inaugurale du XIe Congrès Français de Chirurgie

Le XIe Congrès de chirurgie s'est ouvert le lundi 5 octobre à la Faculté de médecine sous la présidence de M. Albert Sarraut. Avaient pris place à ses côtés, M. le Pr Lambret (de Lille), président du Congrès, M. le Recteur de l'enseignement supérieur, les médecins généraux inspecteur Dopter et Lanne, M. de Lapersonne, président de l'Académie de médecine et M. Monder, secrétaire général adjoint du Congrès.

M. Albert Sarraut ouvre la séance par une allocution sur le rôle du médecin et du chirurgien aux colonies, et retrace la vie toute d'abnégation et de dévouement de « ces ambassadeurs du bien et de la fraternité humaine ».

Puis M. Lambret prend la parole. Il remercie M. Sarraut d'avoir bien voulu présider la séance d'inauguration.

Il rappelle ensuite les vœux émis aux derniers congrès, puis il énumère les progrès réalisés ces dernières années au point de vue du matériel chirurgical et de la chirurgie elle-même.

Il indique enfin les conditions indispensables pour qu'elle se maintienne aux sommets atteints. Le diplôme de chirurgien, dont il est un ferme partisan, lui semble une des conditions indispensables.

Les autres dépendent de la conscience du chirurgien lui-même. La péroraison de cette brillante allocution a été accueillie par une véritable ovation. M. Lambert y montrait que le chirurgien ne devait pas s'intéresser simplement au corps de son malade mais qu'il devait également se pencher sur ses peines. « Quelle satisfaction pour nous, quand il nous est donné de lire dans leur regard que nous avons chassé l'angoisse, et ramené l'espoir ».

M. Mondor, le secrétaire général adjoint, prend ensuite la parole, et donne lecture du rapport sur la vie de l'association pendant l'année écoulée.

Les congressistes profitent d'une suspension de séance pour visiter l'exposition du Congrès, puis abordent la première question mise à l'étude, et dont MM. Gosset et Leriche étaient les rapporteurs : Pathogénie et traitement des ulcères peptiques post-opératoires.

## Le Caducée normand

Le dîner d'automne du *Caducée normand* aura lieu le samedi 7 novembre prochain, au « Bœuf à la Mode », 7, rue de Valois, sous la présidence d'honneur du professeur Laignel-Lavastine. Tous les médecins, pharmaciens et dentistes normands seront les bienvenus à cette réunion amicale. Ils sont priés de s'inscrire auprès du secrétaire général, Robert Colas, pharmacien, 133, rue Lecourbe (Vaugirard 48-10) ou du président G. de Parrel, 78, boulevard Malesherbes (Laborde 14-43).

## Le deuxième Centenaire de la Fondation de l'Académie royale de chirurgie

L'Académie de médecine et la Société nationale de chirurgie se sont réunies mercredi à l'Académie de médecine, à l'occasion du 40e Congrès de chirurgie pour commémorer le deuxième Centenaire de la fondation de l'Académie royale de chirurgie, en présence de M. le Président de la République et de M. Landry, ministre du Travail.

A leurs côtés avaient pris place M. Serge Gas, directeur de l'hygiène au ministère de la Santé publique; M. le recteur Charléty; le médecin général inspecteur Cadiot; le médecin général Oudart de la marine; le médecin général Rouvillois.

Au bureau : M. de Lapersonne, président, avait à sa droite M. Charles Lenormant, président de la Société de chirurgie, et à sa gauche, M. J.-L. Faure. Derrière les membres du bureau, en uniforme, se trouvaient les anciens présidents de l'Académie et de la Société de chirurgie, et M. le Pr Lambret, président du Congrès de chirurgie.

Dans l'assistance très brillante on remarquait le comte et la comtesse de Lambertye et Mlle Mareschal de Bièvre, descendants du fondateur de l'Académie royale de chirurgie.

Au premier rang se trouvait Mme la maréchale Lyautey.

M. de Lapersonne, président de l'Académie, a pris le premier la parole. Après avoir remercié le chef de l'Etat d'avoir bien voulu honorer de sa présence cette cérémonie, il a adressé au ministre du Travail l'expression de sa gratitude.

En un bref et excellent discours, M. de Laper-

## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

sonne montre que la fondation de l'Académie royale de chirurgie en 1731 doit être retenue comme le commencement de l'ère moderne de la chirurgie française. C'est à Mareschal, la Peyronie et la Martinière que l'on doit la fondation et le développement de cette institution.

En 1793, la Convention la supprimait, comme toutes les Académies et Sociétés littéraires patentées ou dotées par la Nation.

A la fondation de l'Académie de médecine en 1820, la majeure partie des fonctions et prérogatives de l'ancienne Académie lui fut attribuée. Mais le recrutement très limité de ses membres gêne les chirurgiens, aussi en 1843, dix-sept docteurs jeunes et ardents, conduits par Auguste Bérard et Marjolin, fondent la Société de chirurgie. « Nous n'avons jamais oublié notre commune origine, c'est pourquoi l'Académie de médecine et la Société nationale de chirurgie, héritières à des titres divers de l'ancienne Académie de chirurgie, ont eu la pensée de commémorer la fondation de leur ancêtre directe dans l'Académie de médecine même, et elles ont fait coïncider la date de cette cérémonie avec la réunion du XLe Congrès français de chirurgie qui représente depuis longtemps les assises annuelles de la chirurgie française ».

Deux discours furent ensuite prononcés par M. le Pr J.-L. Faure, au nom de l'Académie, et par M. le Pr Lenormant, président de la Société nationale de chirurgie.

Nous regrettons que le manque de place ne nous permette pas de publier le discours de M. Lenormant, belle page d'histoire solide et brillante, émaillée d'anecdotes, bien digne des remarquables éloges qu'il prononçait naguère, comme secrétaire général à la Société de chirurgie.

Après avoir exposé l'évolution de la chirurgie en France, au cours des siècles précédents et l'état de déchéance où elle se trouvait au début du XVIIIe siècle, M. Lenormant trace un portrait brillant des fondateurs de l'Académie.

« C'est à ses trois hommes, Mareschal, la Peyronie et la Martinière, que sont dues toutes les réformes, toutes les créations qui, au cours du XVIIIe siècle, ont transformé la chirurgie et lui ont donné un élan et un éclat incomparables ».

---

*Le gérant :* J.-B. BAILLIÈRE

# DERNIÈRES NOUVELLES

## Nécrologie

Le Dr Lorenzo Yourrogarro, élève de Widal et d'Abrami, médecin argentin. — Le Dr Guilbert (de Bellegarde, Loiret). — Le médecin colonel Taste, médecin chef des salles militaires de l'hôpital d'Orléans. — M. Jean Bergé, élève de l'Ecole du Service de santé militaire, victime d'un accident d'automobile, fils de M. le médecin commandant Bergé. — Madame Louis Galavielle, mère de M. le Pr Galavielle (de Montpellier). — Le Dr Edmond Benech (de Montpellier). — Le Dr Bourdon, ancien médecin colonel des troupes coloniales. — Le Dr Champ d'Aubervilliers). — Le Dr Georges Durieux (de Ribérac). — Le Dr Labbé (de Saint-Servan). — Le Dr Maestraggi (de Rognac, Bouches-du-Rhône). — Le Dr Montignac (d'Allanche, Cantal). — Le Dr Pierre Reymond (de Marseille-Saint-Barthélémy). — Le Dr Eugène Salmon (de Paris). — Le Dr Villy (de Paris). — M. Henri Baqué, avocat, fils de M. le Dr Jean Baqué (de Le Caule Sainte-Beuve, Seine-Inférieure), et frère de M. le Dr Georges Baqué. — Le Dr Camille Boufflers (de Crèvecœur-le-Grand, Oise), décédé à l'âge de 62 ans. — Le Dr Pierre Fayollat, médecin commandant en retraite, décédé à Grenoble à l'âge de 60 ans. — Le Pr Antoine Dionisi (de Rome). — Le Dr Arcile Zamora, professeur de thérapeutique et médecin de l'hôpital Santa-Barbara (Bolivie). — Le Dr Marcel Nathan (de Paris), décédé subitement.

## Mariages

M. Jean Grynfeltt, étudiant en médecine, fils de M. le Dr E. Grynfeltt, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, et Mlle Marthe Pradelle. — Mlle Huguette Marc, fille de M. le Dr Alphonse Marc, et M. Pierre Fabre, greffier en chef du Tribunal de commerce de Montauban, fils de M. le Dr Jules Fabre. — M. Benjamin Cambassédès, fils de M. le Dr Cambassédès, et Mlle Julienne Boisson. — M. le Dr Freddy Thys (de Bruxelles) et Mlle le Dr Claire de Barsy, fille de M. le Dr de Barsy-Campion. — M. le Dr Georges Marchal, fils de M. le Dr Marchal-Henrion, et Mlle Marie Devos. — Mlle Geneviève Richou, fille de M. le Pr Richou, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, chevalier de la Légion d'honneur, et M. le lieutenant Louis Pasteau, du 26e régiment d'infanterie, fils de M. le Dr Octave Pasteau, officier de la Légion d'honneur. Mlle Germaine Perraudin, fille de M. le Dr Perraudin, chevalier de la Légion d'honneur, directeur du laboratoire des produits Scientia, bien connu du corps médical, et M. Louis Chevalier, ingénieur du Génie maritime. Les témoins, pour la mariée, étaient : M. le Pr Macaigne, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, M. Adolphe Beder, chevalier de la Légion d'honneur, Administrateur de la Cie des Eaux de Pougues. La bénédiction nuptiale leur a été donnée par Mgr Chassagno, évêque d'Autun.

## Hôpitaux de Paris

**Concours de l'internat en médecine.** — *Epreuve orale.* — Séance du 15 octobre. — Questions données : « Signes et diagnostic des calculs du cholédoque. - Etude clinique des complications respiratoires de la rougeole ». — MM. Coussieu, 22 1/2; Arvay, 22; Voisin, 19; Kaplan, 22; Vincent, 16, Boyer (Isidore), 16; Barcat, 17; Gahinet, 25.

Séance du 19 octobre. — Questions données : « Hernie crurale étranglée. - Symptômes, complications et diagnostic des oreillons ». — MM. Delaitre, 12; Boulle, 16 1/2; David, 18; Offret, 20; Cachin, 24; Mlle Jammet, 24; MM. Carrez, 18 1/2; Camus, 19 1/2; Benoist, 18; Bidou, 22.

Séance du 20 octobre. — Questions données : « Accidents immédiats et tardifs de l'anesthésie gé-



## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

nérale par inhalation. - Symptômes et évolution de la néphrite calculeuse ». — M. Dreyfus (André), 18; Mlle Poindessault, 14; MM. Boissonnet, 17; Lachmann, 18; Jouanneau, 18; Corcos (André), 12; Grossiord, 17; Mendelsohn, 14; Benassy, 22; Desvignes, 22.

**Concours des Prix de l'internat.** — Tirage au sort des Jurys : *Section de médecine*. — MM les Drs Ravina, Mme Bertrand-Fontaine, Debré, Loeper et Tzanck.

M. le Dr Ravina a accepté.

*Section de chirurgie et d'accouchement.* — MM. les Drs Legueu, Cadenat, Bergeret, Bourdier et Portes.

**Concours de chef de laboratoire de bactériologie.** — Tirage au sort du jury : MM. les Drs Brulé, Tixier, de Massary, Harvier et Okinczyc.

**Concours d'électro radiologiste des hôpitaux.** — Un concours à deux places pour la nomination d'électro-radiologiste des hôpitaux sera ouvert le lundi 11 janvier 1932.

Inscription à l'Administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, du 7 au 16 décembre 1931 inclus.

**Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux.** — Un concours pour la nomination à une place d'ophtalmologiste des hôpitaux aura lieu le mardi 19 janvier 1932.

Inscriptions : du 21 au 29 décembre 1931 inclus.

**Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.** — Un concours pour la nomination à une place d'oto-rhino laryngologiste des hôpitaux aura lieu le vendredi 29 janvier 1932.

**Concours de stomatologistes des hôpitaux.** — Le jury est constitué par MM. les Drs Lemerle; Nespoulos, L'Hirondel, Raison, Harvier, Mouchet, qui ont accepté et par M. le Dr Maurel qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

*Lecteur* : Est désigné comme lecteur : M. Vilenski, qui a accepté.

*Censeurs* : Sont désignés comme censeurs : M. Chatelier, qui a accepté et M. Boissier, qui n'a point encore fait connaître son acceptation.

**Assistants de consultations de médecine et de chirurgie.** — Un certain nombre de places d'assistants des consultations générales de médecine et de chirurgie, seront vacantes le 1er janvier prochain dans les hôpitaux dépendant de l'Administration de l'Assistance publique à Paris.

Les candidats qui doivent justifier de la double qualité de docteur en médecine et d'ancien interne des hôpitaux de Paris comptant quatre années d'internat, sont priés de s'adresser au bureau du Service de santé de cette Administration (3, avenue Victoria) avant le 10 décembre prochain, dernier délai.

### Prix de la Société médicale des hôpitaux de Paris

Prix Le Gendre (triennal, 3.000 francs). — Ce prix sera décerné en 1932. Sujet proposé : Le livret sanitaire. Les mémoires des concurrents au prix devront être déposés sur le bureau de la Société avant le 1er novembre 1932.

Prix Gingeot. — Le prix triennal fondé par le Dr Gingeot et destiné à récompenser un travail original portant sur les affections du foie et des voies biliaires n'a pas été décerné en 1929, aucun mémoire n'ayant été présenté. Le concours sera reporté à 1932. Le sujet proposé est le suivant : Des ictères cholurique sans décoloration des matières fécales. Les manuscrits devront être déposés entre les mains du secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 12, rue de Seine, avant le 1er novembre 1932. La valeur du prix sera de 6.000 francs.

### Faculté de médecine de Montpellier

Par décret en date du 5 octobre 1931, rendu sur le rapport du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts :

M. Lisbonne, professeur (2e classe) de microbiologie à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier (chaire de Faculté), est nommé, à compter du 1er octobre 1931, professeur de microbiologie (chaire d'Etat) à ladite Faculté (emploi nouveau).

M. Leenhard, professeur (2e classe) de clinique médicale infantile à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier (chaire d'Université), est nommé, à compter du 1er octobre 1931, professeur de clinique des maladies des enfants (chaire d'Etat) à ladite Faculté (emploi nouveau).

# DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

## Faculté de médecine de Montréal

M. le Dr Paul Le Tondal a été nommé professeur agrégé de pédiatrie.

## Hôpital Saint-Jacques

Les conférences de l'Ecole homéopatique de Paris qui ont pour but d'étudier, en théorie et en pratique, tout ce qui relève de la science homéopatique, ont lieu deux fois par semaine à l'hôpital Saint-Jacques, 37, rue des Volontaires à Paris 15e (Métro Volontaires), à 18 heures.

*Programmes des cours.* — M. Picard commencera ses conférences le mardi 3 novembre à 18 heures et les continuera les 1er et 3e mardi de chaque mois. Sujet : Matière médicale; pathogénésies et comparaisons; les polychrestes, sulfur, aconit, les solanées.

M. le Tellier commencera ses conférences le vendredi 6 novembre à 18 heures et les continuera les 1er et 3e vendredi de chaque mois Sujet : Clinique homéopatique; maladies des voies respiratoires.

M. Mouezy-Eon commencera ses conférences le mardi 10 novembre à 18 heures et les continuera les 2e et 4e mardi de chaque mois. Sujet : Monographies cliniques et thérapeutiques.

M. Allendy commencera ses conférences le vendredi 13 novembre à 18 heures et les continuera les 2e et 4e vendredi de chaque mois. Sujet : Principes et théorie de la thérapeutique homéopatique; directions générales.

L'inscription aux conférences de l'Ecole homéopathique de Paris est entièrement gratuite.

## Hôpitaux de Bordeaux

**Concours de l'internat des hôpitaux de Bordeaux.** — Le jury est ainsi composé : *Titulaires :* MM. Bonnin, Dupérié, Boisserie-Lacroix, Fr. Leuret, Charbonnel, Charrier, Villar, Jeanneney, Cabannes, Boursier.

*Suppléants :* MM. Micheleau, Dubourg, Piéchaud, Aubertin, Lacouture, Rabère, Blanchot, Massé, Portmann, Beauvieux.

**Concours de l'externat des hôpitaux de Bordeaux.** — Se jury est ainsi composé : *Titulaires :* TM Pr Chavannaz, Delmas-Marsalet, Darget, J. Chavannaz, Balard.

*Suppléants :* MM. Duvergey, Secousse, Laffargue, Despons.

**Concours de médecin résidant.** — Le jury est ainsi composé : *Titulaires :* MM. Abadie, Cruchet, Chavannaz, Guyot, Parcelier, Bégouin, Teulières.

*Suppléants :* MM. Petges, Rocher, Rabère, Andérodias.

**Commission administrative des hospices de Bordeaux.** — *Modification de l'article 192 du règlement du Service de santé.* — Art. 192 du règlement du Service de santé : Les externes pourvus de douze inscriptions de médecine sont tenus de concourir pour l'internat, sous peine de radiation. Les externes pourvus de huit inscriptions ont le droit de se présenter au concours d'internat.

## Clinique des maladies mentales et de l'encéphale hôpital Sainte-Anne)

M. Nacht est nommé, pour l'année scolaire 1931-1932, chef de laboratoire de psychothérapie et de psycho-analyse à la clinique des maladies mentales.

## Société médicale du XVIIe arrondissement

La Société médicale du XVIIe arrondissement, consacrera sa séance du 27 octobre 1931, à 21 heures' rue des Batignolles, 18, (Mairie du XVIIe arr.), à un débat scientifique et pratique sur la sérothérapie curative, faisant suite au débat du mois de juin sur la sérothérapie préventive.

La Société sera particulièrement heureuse d'accueillir tous les confrères qui voudront bien assister à la discussion de cette question si importante pour les praticiens, ainsi que d'entendre tous les auteurs dont les travaux et observations peuvent éclairer la conduite à tenir dans des circonstances graves pour le malade comme pour le médecin.

## Fondation Quivy

Une bourse est attribuée chaque année par le Nord médical (Association amicale des médecins du Nord à Paris, reconnue d'utilité publique par décret du 28 janvier 1928), à un étudiant en médecine de ressources modestes, originaire du Nord, si possible d'Anzin, faisant ses études à Lille ou à Paris.

# DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

Les candidats adresseront avant le 1er novembre leur demande au Dr Maurice Renaudeaux, 22, rue de Paris (8e). Ils y joindront tous les documents utiles, tels que carnet scolaire, et toutes pièces établissant leur situation matérielle et celle de leurs parents dans les conditions des bourses d'Etat (livret de famille, feuilles d'impositions fiscales, etc.).

## Congrès français de chirurgie

Au cours de l'assemblée générale de l'Association française de chirurgie, il a été procédé aux élections pour 1932. Ont été élus : vice-président : M. le Pr Leriche (de Strasbourg); membre du Comité, M. le Pr Charles Lenormant.

Le prochain Congrès sera présidé par M. le Pr Pierre Duval, vice-président pour 1931.

Questions mises à l'ordre du jour pour 1932 :

Chirurgie du cœur, traumatismes exceptés). — Rapporteurs: MM. Lenormant (de Paris) et Leriche (de Strasbourg).

Traitement opératoire des arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche. — Rapporteurs : MM. Cunéo (de Paris) et Rocher (de Bordeaux).

Traitement chirurgical des maladies du sang. — Rapporteurs : M. Jean Quénu (de Paris) et Santy (de Lyon).

## Concours pour le titre de professeur agrégé des Ecoles de médecine navale

Des concours pour l'obtention du titre de professeur agrégé des Ecoles de médecine navale auront lieu à Toulon au début du mois d'octobre 1932, à des dates qui seront fixées ultérieurement en vue de la nomination d'un titulaire pour chacune des catégories suivantes :

*b*) Anatomie-chirurgie (section d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie);

*c*) Bactériologie, hygiène.

## Service de santé

Par décision ministérielle en date du 11 octobre 1931, les médecins dont les noms suivent ont été nommés, après concours, aux emplois de chargés de cours à l'Ecole principale du service de santé de la marine, pour une période de quatre ans comptant du 1er novembre 1931.

A. Pathologie interne et thérapeutique. — M. Keraudren (J.-A.-V.), médecin de 1re classe (Lorient-Toulon), en service à Brest.

B. Pathologie externe et accouchements. — M. Canton (J.-F.-A), médecin de 1re classe (Rochefort-Toulon), en service à Cherbourg.

C. Anatomie topographique, médecine opératoire, médecine légale. — M. Le Bourgo (G.-C.-H.), médecin de 1re classe (Toulon-Toulon), en service à Paris.

Ces trois officiers devront être rendus à Bordeaux le 1er novembre 1931.

## Service de santé militaire

**Liste définitive des candidats admis à l'Ecole du Service de santé militaire, à la suite du concours de 1931.** — SECTION DE MÉDECINE (troupes métropolitaines). — *Candidats à quatre inscriptions*. — 1. Fromaget, Laurent, Francelin, Faveret, Guillot, Dannonay, Roussanne, Ratier, Castel, Plan.

11. Saboya, Gay, Gabrielle, Thévenin, Stéphant, Vosselmann, Arnal, Martin-Barbaz, Wurtz, Alibert.

21. Le Gaonach, Rollin, Molinié, Gloaguen, Mathon, Robin, Borie, Larauche, Fabre, Fargeot, Leblanc, Péchier, Hoff, Bisset, Rames, Seince, Viaud, Pagès, Mayé, Chagnoux.

41. Giraud, Nadaud, Sauvan.

*Candidats P. C. N.* — 1. Thory, Morel, Gousse, Caillard, Bernès, Mougenot, Boutet, Boënnec, Accart, Darroze.

11. Lecoz, Causse, Steiger, Thillard, Merand, Raynal, Setruk, Bouzonie, Godet, Oberlé.

21. Mollinger, Leclercq.

SECTION DE MÉDECINE (troupes coloniales). — *Candidats à 4 inscriptions*. — 1. Martel, Abadie, Revert, Batailler, Raynaud, Barras, Perellon, Teil, André, Taillefer-Grimaldi.

11. Ka, Ferrandi, Ceccaldi, Favreau, Douvier.

*Candidats P. C. N.* — 1. Bachmann, Jouannin, Bernos, Perrot, Veyre.

SECTION DE PHARMACIE. — *Candidats concourant à 4 inscriptions*. — 1. Pesquier.

*Candidats stagiaires*. — 1. Gallon, Francoz.

Les candidats qui ne figuraient pas sur la 1re liste publiée au *Journal officiel* du 4 octobre 1931 devront se présenter à l'Ecole du Service de santé militaire le 26 octobre 1931, à 8 heures.

---

*Le gérant :* J.-B. BAILLIÈRE

# DERNIÈRES NOUVELLES

## Nécrologie

Madame Cazenave, veuve du Dr William Cazenave. — Le Dr François Franceschi, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Pacy-sur-Eure. — Madame Joseph Burrus, belle-mère de M. le Pr Etienne, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, et de M. le Pr Jeandelize, professeur à la Faculté de médecine de Nancy; nous leur exprimons nos sentiments de douloureuse sympathie. — Madame veuve Léon Cléry, belle-mère de M. le Dr Jean Charcot. — Madame Teper, mère de M. le Dr Teper.— Le Dr Alexandre Baumann. — Le Dr Maurice Priolo. — Le Dr Alfred Machard, directeur du sanatorium pour les maladies chirurgicales chroniques de l'enfance de Pinchat, membre de la Société d'orthopédie, de la Société internationale de chirurgie orthopédique, membre correspondant de la Société belge d'orthopédie. — Le Dr Dieudonné Lejeune (de Rabosée, Belgique), décédé à l'âge de 80 ans. — Le Pr Constantin Econome, psychiatre connu, décédé à Vienne. — Le Dr Béatrix, décédé à l'âge de 37 ans.— Le Dr René Feitu (de Lyon), décédé dans sa 59e année. — Le Dr Geslin (de Beaufort-en-Vallée). — Le Dr Rives (de Perpignan).— Le Dr André Plaisant (de Nevers). — Le Dr Pierre N. Avramovitch, chirurgien de l'hôpital civil à Bitolj, décédé à Belgrade à l'âge de 38 ans.

## Mariages

M. le Dr Pierre Cassaignean et Mlle Colette Biscay. — M. Pierre d'Herbécourt, fils de M. le Dr Jean d'Herbécourt, ancien interne des hôpitaux de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, et Mlle Françoise Germain. — M. le Dr D'Arbois de Jubainville (de Brides-les-Bains) et Mlle Rose Rousseaux. — Mlle Yvonne Le Canu, interne en médecine des Asiles de la Seine, et M. Edouard André, président du Comité international des étudiants de la Cité Universitaire. — M. le Dr Louis Dambrin, fils de M. le Dr C. Dambrin, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Toulouse, et Mlle Marguerite Sans.

## Fiançailles

M. le Dr André Danés, chef de clinique à la Faculté libre de médecine de Lille, et Mlle Paule Fauchille. — Mlle Henriette Cathelineau, fille de M. le Dr Cathelineau, et M. Raymond Firminhac. -- Mlle Yvonne Broudic, fille de M. le Dr Broudic, chevalier de la Légion d'honneur, et M. Gaston Grummer, industriel, conseiller du commerce extérieur. — Mlle Suzanne Vouters, fille du Pr Vouters, décédé, et M. Robert Choteau. — M. Jean Bichelonne, fils de M. le médecin colonel Bichelonne et Mlle Raymonde Dondelinger. Nos bien sincères félicitations.

## Hôpitaux de Paris

**Concours de stomatologiste des hôpitaux.** — *Composition écrite.* — Question donnée : « Fractures du maxillaire inférieur (signes, diagnostic et traitement) ».

Questions restées dans l'urne: « Stomatites médicamenteuses (signes et diagnostic). - Séméiologie des trismus. »

La prochaine séance du concours aura lieu à l'hôpital Lariboisière le lundi 2 novembre à 8 heures 30.

**Commission de classement des chefs de laboratoire de bactériologie.** - Le jury est constitué de la manière suivante : MM. les Drs Calmels, membre du Conseil de surveillance; Brulé, Tixier, de Massary, Harvier, médecins des hôpitaux; Okinczyc, chirurgien des hôpitaux.

**Concours des Prix de l'internat.** — MÉDECINE. — Le jury est définitivement constitué : Mme le Dr Ber-



## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

trand-Fontaine, MM les Drs Ravina, Loeper, Debré, et Tzanck.

Chirurgie et Accouchements. — MM. les Drs Legueu, Cadenat, Bourdier et Portes ont accepté; M. le Dr Labey (désigné en remplacement de M. le Dr Bergeret, qui a refusé) n'a pas encore fait connaître son acceptation.

**Concours de l'internat en médecine.** — *Epreuve orale.* — Séance du 23 octobre. — Questions données : « Anthrax. - Diagnostic des paraplégies spasmodiques ». — MM. Werner, 18; Bonhomme, 17: Thomann, 15; Mlle Cottin, a filé; Mlle Kahn, 22; Mlle Lipschutz, a filé; MM. Genty (Philippe) 23; Iliovici, 18; Bureau, 15; Beaufils (Roger), 22.

Séance du 26 octobre. — Questions données : « Signes et diagnostic de la crise aiguë d'appendicite. - Symptômes et diagnostic des chancres syphilitiques ». — MM. Damon, 23; Debidour, 21; Arnous, 15; Jouffroy, 17; Groulier, 22 1/2; Boursat, 21; Varangot, 19; Vial, 22 1/2; Rodier, 16; Abaza, 17.

Séance du 27 octobre. — Questions données : « Fractures du col du fémur. - Diagnostic des hépatomégalies ». — M. Sauvain, 21 1/2; Mlle Lyon, 24; Mlle Legry, 18 1/2; Ichard, 16; Yaich, 19; Ulmann, 16; Coldefy, 19; Dubot, 23; Amante, 17.

**Concours de l'externat des hôpitaux de Paris.** — Répartition du jury :

*Anatomie.* — MM les Drs Ravina, Thalheimer et Bernard.

*Pathologie médicale.* — MM. les Drs Célice, Pichon et Péron.

*Pathologie chirurgicale.* — MM. les Drs Hartmann, Welti et Leibovici.

*Epreuve écrite.* — Questions données :

*Anatomie.* — 1. Configuration extérieure et insertions musculaires du grand trochanter. — 2. Insertions du muscle temporal. — 3. Ligament rond de l'articulation coxo-fémorale. — 4. Enumérer dans leur ordre d'origine les branches de l'artère axillaire. 5. Enumérer les muscles innervés par le nerf médian.

*Pathologie médicale.* — 1. Signes physiques d'une pleurésie séro-fibrineuse de la grande cavité à droite (sans examen radiologique, ni ponction). — 2. Aspect de la gorge dans une angine diphtérique non traitée à la période d'état.— 3. Signes physiques fournis par l'examen du cœur dans l'insuffisance mitrale avant l'asystolie, sans examen radiologique. — 4. L'état des réflexes tendineux et cutanés des membres dans l'hémiplégie organique en dehors des périodes de coma. — 5. Caractère des douleurs spontanées et provoquées dans la colique néphrétique. — 6. Symptômes locaux et généraux d'une perforation intestinale dans la fièvre typhoïde au troisième septenaire.

*Pathologie chirurgicale.* — 1. Signes physiques des fractures bi-malléolaires dites de Dupuytren sans radio. — 2. Signes physiques du cancer du sein au début. — 3. Signes physiques fournis par l'examen d'un genou atteint d'hydarthrose sans radio ni ponction. — 4. Symptôme de l'étranglement d'une hernie inguinale.

### Université de Paris

**Séance de rentrée.** — En raison de la séanee de rentrée de l'Université, les cours, travaux pratiques et examens de la Faculté vaqueront le samedi 7 novembre à partir de midi.

La bibliothèque sera fermée.

### Hôpital Notre-Dame de Bon-Secours (66, rue des Plantes).

Une place de chirurgien adjoint est à pourvoir à l'hôpital Notre-Dame de Bon-Secours dans le service d'oto-rhino-laryngologie.

Le concours est un concours sur titres. Les candidats pourront se présenter tous les matins, de 9 h. à midi. Il leur sera remis un règlement concernant le service médical de l'hôpital.

Le registre d'inscriptions restera ouvert jusqu'au 5 novembre 1931.

### Hôpitaux de Toulon

Le 23 novembre 1931, s'ouvrira aux hospices civils de Toulon, un concours pour quatre places d'internes titulaires en médecine et chirurgie. Les candidats doivent être Français et pourvus de huit inscriptions au moins. Indemnité : 2.400 francs la première année; 3.000 francs la deuxième, et 3.600 francs la troisième, plus la nourriture et le logement.

Renseignements : Secrétariat des hospices de Toulon.

# DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

## Hôpitaux de Bordeaux

**Concours pour une place de médecin résident à l'hôpital Saint-André.** — Ce concours sera ouvert le mardi 16 février 1932.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au mardi 2 février inclusivement au Secrétariat de l'Administration des hospices, cours d'Albret, 91.

## Faculté de médecine de Toulouse

M. le Dr Gorse, professeur sans chaire à la Faculté de médecine de Toulouse, est nommé professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Toulouse.

## Faculté de médecine de Montréal

Sont nommés agrégés :

MM. Antonio Barbeau (physiologie); Pierre-Paul Gauthier (bactériologie); Paul Letondal (pédiatrie), Ernest Prud'homme (chirurgie); Hector Sanche (obstétrique); Donatien Marion (obstétrique).

## Association française de pédiatrie

**Congrès des pédiatres de langue française en 1932.** — Président : Professeur Ombrédanne

Secrétaire général : Docteur Jean Hutinel.

Trésorier : Docteur Marcel Fèvre.

Les sujets des rapports sont les suivants :

1° La pathologie du diverticule de Meckel : Rapporteurs : MM. Fèvre et Semelaigne.

2° Les répercussions médicales liées aux variations:
météorologiques : Rapporteur : M. Mouriquand.
saisonnières : Rapporteur : M. P. Woringer.
et climatiques : Rapporteur : M, Armand Delille.

3° Les virus filtrants tuberculeux en pathologie infantile : M. G. Paisseau.

## Médaille du Dr Chompret

Au moment où M. le Dr Chompret va quitter la consultation de stomatologie de l'hôpital Saint-Louis, ses collègues, ses élèves et ses amis désirent lui offrir une médaille en témoignage de leur affection et de leur reconnaissance.

Les souscriptions sont dès maintenant reçues chez MM. Masson et Cie, Trésoriers, Boulevard Saint-Germain, 120, Paris (VIe).

La souscription de 100 francs donne droit à la médaille du Dr Chompret.

## Caisse de secours aux Veuves et orphelins du Corps médical

Pour compléter le cycle de leur œuvre d'aide confraternelle :

Bibliothèques circulantes des étudiants.
Bourses de vacances des étudiants.
Caisse de prêts d'honneur aux médecins.
Prix des médecins coloniaux.

Les laboratoires du Dr Debat ont décidé de créer une nouvelle œuvre destinée à apporter une aide pécuniaire aux Veuves et Orphelins de la famille médicale.

A cet effet, ils s'engagent à verser pendant 10 ans une somme annuelle de 100.000 francs.

Un Comité créé d'accord avec l'Association générale des médecins de France préside à son fonctionnement depuis le 1er octobre 1931.

## Service de santé de la marine

Par décision ministérielle du 22 octobre 1931, les médecins dont les noms suivent ont été nommés, après concours, aux fonctions ci-après :

A. *Chargés de cours.* — Pour une période de quatre ans comptant du 1er novembre 1931 :

I. Séméiologie et petite chirurgie à l'Ecole annexe de Brest. — M. Simon (M.), médecin de 1re classe en service à l'Ecole navale.

II. Anatomie descriptive à l'Ecole annexe de Rochefort. — M. Fougerat (M.-J.-P.-J.-J.), médecin de 1re classe, en service à Rochefort.

III. Physique. — M. Huitric (J.-H.), pharmacien chimiste de 1re classe, en service à Paris, pour l'Ecole annexe de Brest.

M. Audebert (A.-J.-A.), pharmacien chimiste de 1re classe, en service à Cherbourg, pour l'Ecole annexe de Rochefort.

B. *Prosecteurs.* — Pour une période de deux ans comptant du 1ee novembre 1931.

M. Badelon (P.-A.-H.), médecin de 1re classe, pour l'Ecole annexe de Toulon.

M. Simeon (A.-P.), médecin de 1re classe, pour l'Ecole annexe de Rochefort.




## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

Ces officiers du corps de santé devront être rendus dans leurs nouveaux postes le 1er novembre 1931.

### Direction médicale d'un sanatorium pour tuberculeux pulmonaires et osseux de malades du sexe féminin

La place de médecin chef du sanatorium de Salem à Aubure-Fréland est mise au concours.

Les candidats à ce poste devront adresser, au plus tard, avant le 1er décembre 1931, leur demande au Comité de direction de la caisse d'assurance des employés, 96, rue de Génève à Strasbourg. A la demande doivent être jointes une copie certifiée conforme des diplômes obtenus et des titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances médicales, scientifiques et administratives ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Prière d'ajouter en même temps un exemplaires des publications et le curriculum-vitæ.

Le candidat doit connaître à fond la langue française et la langue allemande.

Une commission technique, nommée par le Comité de direction de la caisse d'assurance des employés, est chargée d'examiner les titres des candidats. La nomination sera faite par le Comité de direction.

### Un Jubilé dans la presse médicale roumaine

Notre grand confrère "Spitalul" vient de célébrer le cinquantième anniversaire de sa fondation. Nos sincères félicitations.

### T. S. F.

Le Dr Foveau de Courmelles fera le vendredi 6 novembre 1931, à 18 h. 30 une causerie au poste de la Tour Eiffel sur l'Abus du soleil.

### Ministère du Travail

M. le Dr Pierre Candelon (de Paris) a été nommé médecin du ministère du Travail.

---

*Le gérant :* J.-B BAILLIÈRE

# DERNIÈRES NOUVELLES

## Nécrologie

Le Dr Edmond Benech (de Montpellier). — Madame Dehorter, mère de M. le Dr Léon Dehorter (de Lille). — Le Dr Emile Thoumas, chevalier de la Légion d'honneur, secrétaire général de l'Association médicale mutuelle, président de la Société des médecins de l'Etat civil, décédé à l'âge de 73 ans. — Le Dr Raymond Tschudnowsky, interne des hôpitaux, diplômé de l'Institut d'hygiène, fils de M. le Dr Tschudnowsky. — Le Dr Guido Holzknecht (de Vienne) radiologue bien connu, victime de la radiodermite professionnelle. — Le Dr Guay, décédé subitement à l'âge de 65 ans à Sillans. — Le Dr Guilly (de Romans). — Le Dr Gayet (de Cany-Barville). — Le Pr Nicolas Léon, ancien doyen de la Faculté de médecine de Jassy, décédé à l'âge de 68 ans. — Le Dr Georges Aldebert, médecin principal honoraire de la marine, décédé à Montpellier. — Le Dr Guilbert (de Bellegarde). — Madame Adolphe Lautman, mère de M. le Dr André Lautman. — Le Dr Paul Roustan (de Creil). — Le Dr Henri Steinhäuslin (du Locle). — Le Dr Alfred Machard, président de la Société genevoise de pédiatrie.

## Mariages

M. le Dr Simon Chalerie et Mlle Andrée Loubry, fille de M. le Dr Loubry (de Fresnes). — Mlle Yvonne Watelet, fille de M. le Dr Abel Watelet, et M. Emmanuel Chateau. — M. le Dr Philippe Barral, ancien interne des hôpitaux de Lyon, préparateur à la Faculté de médecine de Lyon, fils de M. le Pr Etienne Barral, professeur honoraire à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon, membre correspondant de l'Académie de médecine, chevalier de la Légion d'honneur, et de Madame le Dr Etienne Barral, et Mlle Marie-Antoinette Guérin. — M. le Dr Michel Fraenkel (de Paris) et Mlle Madeleine Dubart. — M. le Dr André Limal et Mlle Geneviève Le Masson, fille du Dr Le Masson, décédé.

## Fiançailles

Mlle Thérèse Dupuis, fille de M. le Dr Dupuis (de Lille), et M. Pierre Dannay. — M Paul Vincent, externe des hôpitaux de Paris, fils de M. le Dr Georges Vincent (de Tours), et Mlle Marie-Aimé Valette. — M. le Dr Paul Dumont (d'Issy-les-Moulineaux) et Mlle Geneviève Guillot.

## Naissances

M. le Dr et Madame Tesier (de Villecresne, Seine-et-Oise) font part de la naissance de leur fils Michel.

## Hôpitaux de Paris

**Concours de l'internat en médecine.** — *Epreuve orale.* — Séanee du 29 octobre. — Questions données : « Arthrites blennorragiques du genou. - Symptômes et diagnostic des paralysies périphériques ». — MM. Lande, 15; Maspetiol, 19; Aliker, 15: Soubrane, 24; Floris, 14; Chatain, 21; Tribalet, 17; Suchmann, 23; Billard, 18; M. Boyé a filé.

Séanee du 30 octobre. — Questions données : « Plaies du poumon. - Diagnostic de la fièvre typhoïde à la période d'état ». — Mlles Salembiez, 16 1/2 ; Verlière, 15 ; MM. Bréhant, 24; Baratoux, 17; Dutray et Mlle Huguet, 19; MM. Pyt, 21 ; Seringe, 20 ; Brouet, 20 1/2.

Séance du 3 novembre. — Questions données : « Symptômes et diagnostic de la tuberculose iléo cæcale. - Infactus pulmonaire ». — MM. Wildé, 13; Rouvillois, 19; Strée, 23; Bloch (Henri), 24 1/2; Pergola, 17 ; Mirbeau, 16 ; Judet, 25 1/2; Vélez, 21 ; Marcy, 16 1/2.

**Concours de l'internat de Brévannes, Sainte-Périne, Chardon-Lagache, Hendaye.** — Un concours pour la

# DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

nomination aux places d'interne en médecine qui pourront être vacantes le 5 janvier 1932 : 1° à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise); 2° à l'Institution Sainte-Périne et à la Fondation Chardon-Lagache; 3° à l'Asile pour enfants de la Ville de Paris, à Hendaye (Basses-Pyrénées); 4° au Sanatorium de la Ville de Paris, à Champrosay (Seine-et-Oise), sera ouvert le jeudi 10 novembre 1931, à 9 heures dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Les candidats qui désireront concourir se feront inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), à partir du lundi 16 jusqu'au mercredi 25 novembre 1931 inclusivement, de 14 à 17 heures.

## Maison départementale de Nanterre

**Concours de l'Internat.** — Le concours d'internat de la maison départementale de Nanterre s'ouvrira le 15 décembre 1931. Avantages : indemnité annuelle de 9.200 francs ; indemnité spéciale de 4 fr. 80 pour le repas de midi ; remboursement du prix de la carte d'abonnement entre Paris-Saint-Lazare et La Garenne--Bezons. Inscriptions à la Préfecture de police (sous-direction du personnel) jusqu'au 12 novembre.

## Facultés de médecine

**Concours d'agrégation.** — Par arrêté ministériel, les compositions des concours de l'agrégation des Facultés de médecine 1er degré ci-après : Section II. — Physique ; Section I. — Médecine générale, fixées primitivement aux 6 et 7 Novembre 1931, sont reportées au 12 et 13 Novembre 1931 pour la physique et 9 et 10 Novembre pour la médecine.

## Prix Nobel de médecine

Le lauréat du prix Nobel de médecine est M. le professeur Otto Warburg de l'Institut Kaiser Wilhelm de Berlin.

## Ecole de médecine de Nantes

Par arrêté en date du 29 octobre 1931, un concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de pathologie et clinique médicale à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Nantes, s'ouvrira, le mardi 10 mai 1932, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos le 9 avril.

## Hôpitaux de Rennes

Ont été nommés internes des hôpitaux de Rennes :

1° Interne titulaire de médecine et de chirurgie des hôpitaux — M. Jacq (Fernand)

2° Interne titulaire de la maternité — M. Dorange (Yves).

3° Internes titulaires de la pharmacie — M. Lefeuvre, M. Delachienne.

4° Externes faisant fonctions d'interne — M. Perdrix (Léon), M. Toutirais (Jules), M. Joly (Pierre), M. Miroux (Georges).

5° Externes de médecine et de chirurgie des hospices civils de Rennes — MM. Jambon, Delamaire, Le Goff, Fraboulet, Mage, Hamoniaux, Hamon, Mabin, Simon, Baudoin, Lebranchu, Jegourel, Le Hueroux, Bonthelier, Lancien, Riaux, Chauveau, Richard, Dezannay, Hesry, Joly, Damey, Gorvel Duine, Lorans.

## Hôpital de Vannes

**Concours de médecin adjoint.** — Un concours pour l'emploi de médecin adjoint de l'hôpital mixte de Vannes s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris le lundi 7 décembre 1931 à 9 heures du matin. Ne pourront être admis à se présenter à ce concours que les docteurs en médecine de nationalité française.

*Epreuves du concours.* — 1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie médicale d'une durée de trois heures (sans note ni livre).

2° Deux épreuves cliniques, portant sur deux malades. Un quart d'heure sera accordé pour chacun des malades, et dix minutes pour l'exposé des résultats de cet examen.

3° Une appréciation des titres, travaux et services des candidats.

Les consultations écrites et les épreuves de clinique auront lieu dans un service de Faculté qui sera désigné par le Jury.

Un exemplaire du règlement des hospices de Vannes sera mis à la disposition des candidats et celui qui sera nommé sera tenu de s'y conformer.

Les candidats devront adresser leur demande

## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

d'inscription par lettre recommandée et déposer leurs pièces avant le 23 Novembre 1931, au bureau du Secrétaire de la Commission Administrative des hospices de Vannes.

Ils auront à produire: leur acte de naissance; leur diplôme de Docteur; l'exposé manuscrit ou imprimé des titres scientifiques et de leurs services.

Ces documents seront remis au Jury.

Le classement sera proclamé à la fin des épreuves.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire de la Commission Administrative des hospices de Vannes.

### Conseiller technique sanitaire au ministère du travail

M. le Dr Forestier, inspecteur départemental d'hygiène, expert près la société des nations, est désigné pour remplir les fonctions de conseiller technique sanitaire adjoint auprès du ministre du travail.

### Jubilé du Professeur Delbet

Les élèves du professeur Delbet ouvrent une souscription pour l'édition d'un livre jubilaire qu'ils désirent lui offrir, au moment où il va abandonner ses fonctions de professeur à la Faculté et de chirurgien des hôpitaux.

Dans son ensemble, l'ouvrage formera une synthèse de ce que le professeur Delbet a apporté d'original dans sa longue carrière, riche en travaux et en enseignement.

Le comité est composé de MM. Basset, Boppe, Bréchot, Brocq, J.-C. Bloch, Cadenat, Capette, Carajannopoulos, Caraven, Cartier, Chevassu, Couvelaire, Douay, Robert Dupont, Fic:singer, Gougerot, Herrenschmidt, Marc Iselin, Lamare, Lascombes, Legrand, Leveuf, Mabille, Madier, G. Meillière, J. Meillière, Ménégaux, Mock, Mocquot, Raoul Monod, Monchet, Oberlin, Oberthur, Palios, Schwartz, Trèves, Veau, élèves du professeur Delbet.

Les souscriptions sont reçues chez M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain (Paris). Compte chèques postaux : n° 599.

Toutes les inscriptions d'un minimum de 100 francs donneront droit à recevoir un exemplaire du livre jubilaire.

### Médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux maritimes

Par décision ministérielle, les officiers du corps de santé ci-après désignés sont autorisés à subir les épreuves des concours pour l'obtention du titre de médecin, chirurgien et spécialiste des hôpitaux maritimes, annoncés au *Journal officiel* du 9 Mai 1931, et qui auront lieu à Toulon aux dates indiquées ci-dessous.

A. 5 Novembre 1931. — *Médecine générale.* — MM. Mondon, médecin principal, Kerjean, Le Roy, médecins de 1re classe.

*Bactériologie et anatomie, pathologie.* — M. le médecin de 1re classe Querangal des Essarts.

*Médecine légale et neuro-psychiatrie.* — M. le médecin principal Darleguy.

*Dermato-vénéréologie.* — M. le médecin principal Verdollin.

*Electroradiologie et physiothérapie.* — MM. Chrétien, Saves, médecins de 1re classe.

B. 12 Novembre 1931. — *Chirurgie générale.* — MM. Canton, Lequerre, médecins de 1re classe.

*Ophtalmologie et oto-rhino-loryngologie.* — MM. Bondet de la Bernardie, médecin principal ; Tabet, Maurandy, médecins de 1re classe.

*Stomatologie* - M le médecin de 1re classe Deney.

Ces officiers du corps de santé devont être rendus à Toulon au moins vingt-quatre heures avant l'ouverture du concours.

### Ecole principale du Service de santé de la marine

Les médecins dont les noms suivent ont été nommés, après concours, aux emplois de chargés de cours à l'Ecole principale du Service de santé de la marine, pour une période de quatre ans comptant du 1er novembre 1931.

A. *Pathologie interne et thérapeutique* — M. Keraudren, médecin de 1re classe.

B. *Pathologie externe et accouchements.* — M. Canton, médecin de 1re classe.

## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

C. *Anatomie topographique, médecine opératoire, médécine légale.* — M. Le Bourgo, médecin de 1re classe.

### Concours d'infirmières des hôpitaux militaires

Un concours s'ouvrira le mercredi 13 janvier 1932, pour l'admission à l'emploi d'infirmière des hôpitaux militaires, cadre permanent.

Pour tous renseignements, s'adresser à la direction du Service de santé de la région dont dépend la résidence des candidates.

### Légion d'honneur

Est nommé :

M. le Dr Lavergne (de Latourette, Corrèze).

### Officiers de l'Instruction publique

MM les Drs Anzillier (de Cluny); Keller (de Strasbourg).

### Union médicale latine

Le prochain Conseil d'Administration est fixé au samedi 14 novembre et se tiendra à l'Académie Gaya, 2, rue des Italiens, Paris, à 21 heures 15, très précises.

### Concours de médecin sous-lieutenant des troupes coloniales

Un concours sera ouvert le 1er décembre 1931, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, à Paris, pour l'admission à des emplois, sans limitation de nombre, de médecin sous-lieutenant des troupes coloniales et à un emploi de pharmacien sous-lieutenant des troupes coloniales.

Les docteurs en médecine et le pharmacien admis à la suite de ce concours seront nommés médecins ou pharmacien lieutenants au 31 décembre 1931, avec, pour les médecins, une majorité d'ancienneté d'un an dans ce grade sans rappel de solde.

Ils suivront à Marseille pendant 8 mois, les cours de l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales.

A l'issue de ce stage ils pourront percevoir une bourse de 10.000 francs a condition d'aller servir dans la colonie qui offre la bourse (cinq bourses sont offertes par l'Afrique Occidentale Française; cinq par Madagascar, cinq par le budjet de la guerre pour toutes colonies).

Les dispositions relatives à l'admission aux emplois susvisés ont fait l'objet d'un arrêté inséré au *Journal officiel* du 30 avril 1931 (page 4.716)

Tous renseignements complémentaires ainsi qu'une notice relative au service de santé militaire colonial seront adressés aux candidats qui en feront la demande au ministre de la Guerre (8e direction, 1er bureau).

### Les journées médicales de Bruxelles

La XIIe session des Journées Médicales se tiendra les 25, 26, 27 et 28 juin 1932. Contrairement à ce qui avait été prévu, et pour répondre au vœu de nombreux Laboratoires, l'Exposition internationale sera maintenue suivant les traditions.

### Commission d'Assistance Publique de Bruxelles

Le Dr Albert Marique est nommé chef de clinique universitaire de chirurgie infantile et orthopédique à l'Hôpital Brugmann, en remplacement de M. le professeur Maffei, atteint par la limite d'âge.

Le Dr Parisel est nommé chef du service de chirurgie infantile et orthopédique à l'Hospice des Enfants-Assistés, en remplacement du Dr Marique.

### Les médecins de Toulouse à Paris

Le mardi 27 octobre, au Buffet de la Gare de Lyon, a eu lieu la réunion de rentrée des médecins de Toulouse à Paris. Comme d'habitude, la soirée a été pleinement réussie : grand nombre de convives heureux de se retrouver après la séparation des vacances, gaieté et entrain non démentis un seul instant et enfin menu particulièrement bien composé et réussi ; tous les plaisirs du cœur, de l'esprit et de la table !!! Etaient présents, les Docteurs Dijeon, Faulong, de Parrel, Dartigues, Reygasse, Privat, Berrin, Bory, Groc, Lévy-Lebhar, Andreu, Montagne, Milhaud, Clavel, Qneriaud, Soula, Lassance,

## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

Foures, Esclavissat, Roule, Caujole, Félix, Bourguet, Armengaud, Babou, Constantin, Mont-Refet, Terson, Mazet, Doazan, Lalbie, Delater, Canquil. S'étaient excusés, les Docteurs Delherm, d'Ayrenx, Loze, Molinery. A l'heure des toasts prirent successivement la parole : le Dr Groc, secrètaire général ; le Professeur Roule qui voulut bien entretenir ses camarades de ses travaux scientifiques en cours et notamment de l'ouvrage qu'il prépare sur Lacépède ; cela lui fournit l'occasion de donner quelques précisions du plus haut intérêt sur les idées politiques de cet illustre naturaliste, que les évènements de la fin du siècle dernier et du début de de celui-ci ont nettement confirmés. Lacepède ne fût pas qu'un grand savant, il fût aussi un politique à vues singulièrement aigues et avisées ; le bref apecçu que donna le Professeur Roule sur le rôle politique de Lacepède nous est un gage de l'intérêt que présentera le Volume qu'il est en train de lui consacrer; le Dr Terson qui, très finement et avec une spirituelle bonhomie, nous relata quelques-uns de ses souvenirs de vacances en Normandie au pays de Mme Bovary et de M. Homais ; le Dr Caujole, député de la Seine, à l'éloquence si fine et si joliment teintée d'émotion ; le Dr Dartigues à la flamme toujours aussi généreuse et vibrante et enfin, le professeur Soula, qui apporta le salut de nos camarades toulousains sous une forme spirituelle et originale. La prochaine réunion aura lieu vers le 15 décembre prochain.

### Congrès des sociétés savantes

Le programme de 65e Congrès des Sociétés Savantes de Paris et des Départements s'ouvrira à Besançon le 29 Mars 1932.

Les mémoires doivent parvenir avant le 1er février prochain. au 2e Bureau de la Direction de l'Enseignement supérieur.

Le programme du Congrès peut être consulté au Sécrétariat de la Faculté.

### Le groupe Lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques (ancienne Section médicale et biologique du secrétariat social).

Réunit tous ceux, médecins ou non, qu'intéressent les multiples problèmes psychologiques, moraux, sociaux, religieux que posent la médecine et la biologie, ou dont la solution est éclairée par ces sciences.

Il se donne pour tâche d'étudier chaque année un grand problème, sur lequel il fait converger les lumières de la biologie, de la médecine, de la psychologie, de la morale, de la métaphysique.

Les sessions 1931-1932 et 1932-1933 seront consacrées à « Forme, Vie et Pensée ».

Secrétariat, 16, rue du Plat, à Lyon.

### Service de santé de la marine

Un décret en date du 28 octobre 1931 prévoit pour les élèves du Service de santé de la marine en possession de leur diplôme de docteur en médecine une indemnité d'impression de thèse dont le montant est fixé à mille francs.

---

*Le gerant :* J.-B. BAILLIÈRE

# DERNIÈRES NOUVELLES

## Nécrologie

Le Dr Eugène Revilliod, chevalier de la Légion d'honneur, médecin genevois. — Le Pr Maurice Vallas, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, chirurgien major de l'Hôtel-Dieu de Lyon, décédé à l'âge de 66 ans. — Le Dr Ernest Barié, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, officier de la Légion d'honneur. — Le Dr Oudaille (du Cannet), décédé à l'âge de 72 ans. — Le Dr Priolo fils (de Brive), décédé à 35 ans des suites d'une piqûre septique. — Le Dr Gallice (de Langeac), fils et petit-fils de médecins, père de M. le Dr R. Gallice (de Langeac). — Le Dr Auguste Langhendries (de Hal), chevalier de l'ordre de la Couronne. — Le Dr Courbet (de Sainte-Adresse). — Le Dr Fillion, maire de Vertoce (Loire-Inférieure). — Le Dr Edmond Guertin (de Tours). — Le Dr Henri Roziès (d'Aups, Var), ancien interne des hôpitaux de Montpellier. — Le Dr Pouppy (de Brigeuil). — Le Pr Arthur Simard, président du collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, président du Conseil médical du Canada. — Le Dr Georges Veillard (de Paris). — M. Louis Cornille, beau-père de M. le Dr Louis Butin (de Wasquehal), grand-père de M. le Dr Jean Butin et de M. le Dr Labbé-Butin. — Madame Jeanne Weismann, femme de M. le Dr Weismann (de Paris). — Le Dr Alexandre Payot (d'Annecy), père de M. le Dr Payot, ancien interne des hôpitaux.

## Mariages

M. Jean-Marie Lecocq, étudiant en médecine à la Faculté libre de médecine de Lille, fils du Dr Siméon Lecocq, décédé, et Mlle Suzanne Debruyser. — Mlle Simone Roux de Montlebert, docteur en médecine, médaille des épidémies, et M. François Urvoy de Portzamparc, décoré de la médaille militaire et de la Croix de guerre.

## Naissances

M. le Dr Jean Hutinel, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et Madame Jean Hutinel née Sicard, sont heureux de faire part de la naissance de leur fils Bernard.

## Hôpitaux de Paris

**Concours de l'internat en médecine.** — *Epreuve orale.* — Séance du 4 novembre. — Questions données : « Diagnostic du cancer du rectum. - Accidents cardiaques du rhumatisme articulaire aigu (séquelles non comprises) ». — MM. Natier, 15; Scemama, 15 1/2; Levieratos, 21; Mme Longuet, 23; MM. d'Escrivain, 21 1/2; Bernard (Jacques), 15; Hanaut, 23 1/2; Boisseau, 17 1/2; Sacquépée, 15.

Séance du 7 novembre. — Questions données : « Gangrène sénile. - Diagnostic des hémorragies méningées non traumatiques ». — MM. Douay, 19 1/2; Roux (Marcel), 20; Bonnét (Georges), 17; Guillaumat, 23 1/2; Boutrou, 13; Chevallier (André), 12; Castany, 14; Netter, 19.

Séance du 9 novembre. — Questions données : « Diagnostic positif et différentiel des fibro-myomes de l'utérus. - Diagnostic des vomiques ». — MM. Moreno, 17; Lichtenberg, 20; Sterin, 21; Bonnet (Pierre), 24; Gaultier (Michel), 20 1/2; Moreau (Jacques), 15; Levaditi, 25; Fresnais, 21; Fourestier, 17; Bastien, 23 1/2.

Séance du 10 novembre. — Questions données : « Infiltration d'urine. - Diagnostic des comas ». — MM Dormay, 21 1/2; Ferroir, 21; Allilaire, 16 1/2; Goyer, 18; Bonchacourt, 16; Yovanovitch, 20; Cottin, 14; Robert, 24; Bouteau, 13; Duperrat, 17.

**Concours de stomatologiste des hôpitaux.** — Sont déclarés admissibles à la suite des épreuves anonymes d'admissibilité : MM. Béal, Cabrol, Houzeau, Fleury.

# DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

*Epreuves de nomination.* — Séance du lundi 9 novembre.

*Epreuve orale théorique.* — Question donnée : « Anatomie pathologique et symptômes des pulpites ». — MM. Béal, 17; Houzeau, 19; Fleury, 19; Cabrol, 15.

**Commission de classement des candidats à l'emploi de chefs de laboratoire de bactériologie.** — Réunion de la Commission du 5 novembre : A l'issue de la séance la Commission propose l'inscription sur la liste d'aptitude à l'emploi de chef de laboratoire de bactériologie : MM. les Drs Demanche et Lévy-Bruhl.

## Université de Paris

**Séance de rentrée. - Docteurs honoris causa.** — La séance de rentrée de l'Université de Paris a eu lieu le 7 novembre à 3 heures sous la présidence de M. le Président de la République, assisté de M. Mario Roustan, ministre de l'Instruction publique.

Le titre de docteur honoris causa a été décerné à divers savants étrangers : M. Nicolas Jorga, recteur de l'Université de Bucarest; M. Henry Fairfeild Osborn, directeur du musée d'histoire naturelle de New-York ; M. Maurice Ansiaux, professeur de l'Université libre de Bruxelles; M. Walter B. Cannon, professeur de physiologie à l'Université Harvard.

## Hôpitaux maritimes

Ont été nommés assistants des hôpitaux maritimes les médecins dont les noms suivent :

MM. le médecin de 1re classe Laurent, comme adjoint au chef des services chirurgicaux de l'hôpital maritime de Lorient; le médecin de 1re classe Martin, comme adjoint au chef des services chirurgicaux de l'hôpital maritime de Cherbourg.

## Hôpitaux de Bruxelles

M. le Dr Jonckheere a été nommé assistant de la clinique chirurgicale et M. le Dr Leclerc-Dandoy, assistant du service urologique à l'hôpital Brugmann.

## Asile d'aliénés de Marseille

Un poste de médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Marseille est vacant par suite du départ de M. le Dr Alombert-Goget, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

## Asile public d'aliénés de Bassens

Un poste d'interne en médecine est actuellement vacant à l'asile d'aliénés de Bassens à 1 kilomètre 1/2 de Chambéry (Savoie).

Traitements : internes élèves, 1re année, 3.600 francs; 2e année, 4.200 francs; 3e année, 4.800 francs.

Docteurs en médecine, 1re année, 6.000 francs; 2e année, 8.000 francs; 3e année, 10.000 francs. Nourriture, logement, chauffage, éclairage blanchissage, racommodage.

Adresser immédiatement les demandes avec certificat de scolarité, références et stages, à M. le directeur de l'asile de Bassens.

## Service de santé de la marine

**Liste de classement de sortie de l'Ecole d'application des médecins et pharmaciens chimistes de 2e classe stagiaires** — LIGNE MÉDICALE. — MM. les médecins de 2e classe :

1. Beauchesne (René-Gabriel-Marie).
2. Rigaud (François-Albert).
3. Larraud (Michel-Paul-Victor Lucien-Maurice).
4. Soubigou (Xavier-Auguste-Joseph-Marie-Hervé).
5. Plazy (Maurice-Pierre-Jules).
6. Duquaire (André-Marie-Antoine-François-Michel).
7. Constans (André-Marie-Joseph-Gomer).
8. Limousin (Julien-Victor-Ernest).
9. Bodeau (Elie-Pierre-Joseph).
10. Provost (Charles-Engène-Marie-Camille).
11. Cornet (Joseph-Auguste-Marie).
12. Gaudin (Jean).
13. Dutrey (Paul-Jean-Marie).
14. Bernard (Jean-Ernest).
15. Borneuf (René-Augustin-Jean).
16. Cals (Maurice).
17. Hubert (Paul-Armand).

LIGNE PHARMACEUTIQUE. — MM. les pharmaciens chimistes de 2e classe :

1. Quiniou (Jean-Michel).
2. Charetteur (Paul-Edouard).
3. Babin (René-Maurice).
4. Lefaux (René-Théophile-Yves).
5. Leteuff (Maurice).

Ces officiers seront classés sur l'annuaire dans

## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

l'ordre indiqué ci-dessus (artiele 69 de la loi du 4 mars 1929) et recevront les ports d'affectation suivants :

Cherbourg : MM. Borneuf, Cals, Hubert et Letenff.

Brest : MM. Beauchesne, Bodeau, Cornet, Gaudin, Dutrez, Bernard, Quiniou et Charetteur.

Toulon : MM. Rigaud, Larraud, Soubigou, Plazy, Duquaire, Constans, Limousin, Provost, Babin et Lefaux.

### Hôpitaux militaires

Sont nommés :

*Médecins des hôpitaux militaires.* — Les médecins capitaines : MM. Martin (Albert-Maurice), des troupes du Maroe.

Boide (Daniel-Jules-Auguste), de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâec.

Dutrey (Maxime-Daniel), de l'hôpital militaire de Rennes.

*Chirurgiens des hôpitaux militaires.* — Les médecins capitaines : MM. Ribollet (Alexandre-Marie-Georges), de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

Sarroste (Jean-Gustave-Gaston), du régiment des sapeurs-pompiers de Paris.

*Spécialiste des hôpitaux militaires.* — M. le médecin commandant Fricker (Jean-Marie), médecin des hôpitaux militaires du laboratoire central de recherches bactériologiques et de sérologie de l'armée.

### Légion d'honneur

Sont nommés :

*Au grade d'officier :* MM. les Drs Jean Rougier; Pierre Miallaret; Constant Collet; Henri Lemeignen; Jean Buy; Emile Bardier; Claude Hoche; Ernest Lemarchand; Fernand Gault; Jean Cousergue; François Verdeau; Sedillot; Panl I esoil.

*Au grade de chevalier :* MM. les Drs Léopold Navarre; Emmannuel Thibault; Paul Rapin; Charles de Fayard; André de la Couture; Louis Barrillon; Etienne Battle; Adolphe Gascheau; Louis Trolley; Jean Gaudin; Laurent Bouriot; André Broquin-Lacombe; Georges Dirksen; Albert Laval; Léon Ebstein; Louis Doche; Jules Grimoud; André Lecointre; Marc Jousset; Robert Blanc; François Gaillardot; Hippolyte Dorlencourt; Louis Michel; Isidore Dreyfus; Jacques Villeneuve; Paul Douriez; Timoléon Gourdou; Claude Garnier de Falletans; Pierre Carrez; Léon Gonot; Charles Forqnin; Pierre Gamet; Pierre Proust; Louis Prepin; Louis Platey; Henri Maringer; Marc Arzac; Jean Rouyer; Emmanuel Huot de Saint-Albin; Auguste Badin; Antoine Seive; Albert Dechenne; Jean Pareau; Georges Lagardère; Charles Guerbe; Adrien Rivoire; Georges Lerat; Mauriee Lair; Alfred Veyrune; Pierre Didierjean; Cyprien Pinet; Marcel Gratier; Pierre Mourgues; Camille Crosmarie; Paul Mayou; Pierre Verdier; Emile Veillou; Jean Alaux; Henri Cottard; Léonce Franco; Charles Mareiteau; Edouard Simon; Philippe Cartrou; Antoine Chabanon; Alfred Cazalis; Albert Dubns; Louis Ducœurjoly; Jean Piranlt; Balthazar Thumin; Jean Mezie; Antoine Cluzau; Pierre Richou; Maurice Warot; Aron Kahn; Jules Descamps; Jean Coalhat; André Vigneront; Alphonse Paynel; Félix Merlot; Julien David; Louis Pilleboue; André Gauchois; François Bourzac; Alexandre Minot; Léon Jund; Edmond Perrier; Jules Cornet; Charles Alleaume; Léon Bécamp; Pierre Jean; Henri Journée; Charles Habert; Jnles Luquet; Paul Vanel; Emile Belvanx; Louis Sanson; Henri Gnichard, André Chalier; Victor Veil; Raymond Badolle; Paul Pillot; Séverin Guiraud; Alphonse Borel; Raymond Babin; Léon Leparcq; Paul Lefebure; Jean Tourneux; Jules Viltc; Jnstin Mercier, Louis Honorat; Antoine Chabaneix; Armand Moret; Jean Ferras; Charles Garnier; Victor Bellissen; Etienne Baudoin; Jean Vignaud; Charles Bernay; Eugène Vieille; Ludovic Gil; François Pauzier; Charles Vidal; Charles Blasart; Augustin Pothiez; Albert Cahen; Frédéric Dorche; Paul Brunshwig; Edmond Bonaney; Victor Loisclet; Jean Lafitte-Dupont.

### Officiers de l'Instruction publique

MM. Gunsett, chargé de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg ; Lebeaux, secrétaire de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes; Robardcy, commis au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris.

### Officier d'Académie

M. le médecin lieutenant-colonel Donier, à Paris.

### Médailles d'honneur de l'Assistance publique

*Médailles d'or.* — MM. les Drs Desbouis et Lecornu (de Caen), Devillard (de Brantôme), Tollin




## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

(de Cheppes-la-Prairie), Marie, Noir, Toulouse (de Paris).

*Médailles d'argent.* — MM. les Drs Bridoux (de Mézières), James (de Caen), Tournente (de Courseulles), Le Goff (de Lorient), Schutzenberger (de la Charité-sur-Loire), Hamel (de Sotteville-les-Rouen), Henry (de Tunis).

*Médailles de bronze.* — MM. les Drs Orratelli (de Corte), Faure (de Périgueux), Barin (de Sommières), Ducos (de Châtcau-Picon), Chaix (de Bourgoin), Tregouet (de Malestroit), Gerst (de Sundhouse), Bloch (de Neuf-Brisach), Lompre (de Champlitte), Laverrière (de Cuisery), Metenier (de Villejuif), Bellicaud, Caussade et Leconte (de Rouen), Duvaldestin de Bray-sur-Seine), Arroux (de Nabeul), Le Faucheur (de Béja), Wiehn (de Gafour).

### Ecole de médecine de Nantes

Un concours pour un emploi de professeur suppléant de la chaire de pathologie et clinique médicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, s'ouvrira, le mardi 10 mai 1932, devant la Faculté de médecine de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

### Dispensaire antituberculeux de Tunis

La Ligue antituberculeuse de Tunisie ouvre un concours sur titres pour la nomination d'un médecin chef du dispensaire antituberculeux de Tunis.

Les candidats doivent être Français ou Tunisiens, âgés de moins de 40 ans et pourvus du diplôme de docteur en médecine de l'Etat français. La limite d'âge n'est pas opposable aux médecins appartenant aux cadres des services de l'Assistance médicale gratuite de Tunisie.

Le traitement du titulaire sera celui arrêté par le statut du Comité National. Il s'y ajoutera un supplément du tiers à titre d'indemnité coloniale en vue de maintenir une équivalence de situation avec les traitements habituellement alloués par l'Administration Tunisienne.

Les dossiers, avec extrait de naissance, date et origine du diplôme de docteur en médecine, exposé de titres et fonctions, devront être adressés au plus tard, avant le 30 novembre, à la Ligue antituberculeuse de Tunisie, Dar el Bey, Tunis.

Le médecin chef du dispensaire sera engagé par contrat pour une durée de trois années, à l'expiration de laquelle il pourra être titularisé dans ses fonctions.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser soit à la Ligue antituberculeuse de Tunisie, soit au Comité National de Défense contre la Tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (6e).

### Grand dîner d'automne de l'Union médicale latine (Umfia) en l'honneur de la médecine et des médecins belges

Le mardi 8 décembre, à 19 heures 30, se tiendra au Palais d'Orsay, le grand dîner d'automne de l'Union médicale latine, sous la haute présidence de son Excellence le baron Gaiffier d'Hestroy, ambassadeur de Belgique en France et sous la présidence du Pr Forgue de la Faculté de Montpellier, membre correspondant de l'Institut.

Les médecins du monde médical latin présents à Paris tiendront à fêter leurs collègues belges et à leur témoigner toute la sympathie que nous leur devons.

Prière de s'inscrire dès à présent au siège social : 81, rue de la Pompe, Paris 16e (la liste des inscriptions sera rigoureusement close le jeudi 3 décembre).

### Cours de chirurgie d'urgence

Un cours de chirurgie d'urgence en 10 leçons, par M. le Dr Funck-Brentano, prosecteur, commencera le lundi 19 novembre 1931, à 14 heures, à l'amphithéâtre d'anatomie et se continuera tous les jours à la même heure.

Droit d'inscription : 300 francs.

Lieu d'inscription : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris 5e, où l'on pourra consulter le programme.

### Faculté de médecine de Paris

*Par erreur,* la leçon inaugurale du Pr Lemaître a été annoncée pour le 19 novembre à Lariboisière, c'est en réalité la leçon inaugurale du Pr Rathery qui aura lieu le jeudi 19 novembre, à 10 heures, à l'hôpital de la Pitié.

La leçon inaugurale du Pr Lemaître aura lieu le mardi 24 novembre, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté.

---

*Le gérant :* J.-B. BAILLIÈRE

# DERNIÈRES NOUVELLES

## Nécrologie

Le Dr H. de Brun du Bois Noir, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Beyrouth, associé national de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur. — Le Dr Jordanis. — Le Dr Maurice Bloch (de Paris), — M. Jean-Robert Cautru, âgé de 27 ans, décédé accidentellement. — Mlle France-Marie Fezou, fille de M. le Dr Fezou. — Le Dr Dewingle (d'Haussy). — Le Dr Fournaise (de Brunstatt). — Le Dr Konteschveller (de Paris). — Le Dr Mercier, médecin en chef de 1re classe de la marine, en retraite. — Le Dr Pierre (Maurice-Charles) (de Mulhouse). — Le Pr Paulesco, professeur à la Faculté de médecine de Bucarest, qui fut longtemps le collaborateur du Dr Lancereaux.

## Mariages

M. le Dr Louis Raux (de Millau) et Mlle Renée Pasturaud.

## Hôpitaux de Paris

**Concours de l'internat en médecine.**— *Epreuve orale.* — Séance du 12 novembre. — Questions données : « Symptôme et évolution de l'ostéo-arthrite tuberculeuse de la hanche. - Formes cliniques de l'anévrisme de l'aorte ». — MM. Pellier, 15; Morin, 17; Perrot (Raoul) 19 1/2; Sabourin, 21; Findjaujian, 20; Martin (Marcel), 15; Landrieu, 25; Veudryes, 19 1/2; Bouvens van der Boyen, 18; Ortolan, 16.

Séance du 16 novembre. — Questions données : « Diagnostic positif et différenciel de l'épithelioma de la glande mammaire. - Symptômes et diagnostic de l'angine diphtérique sans les complications ». — MM. Camelot, 20 1/2; Trombert, 13; Willot, 26; Bourdial, 21, Catonné, 20 1/2; Falek, 12; Le Picard, 16; Lauret, 21; Bequignon, 17 1/2; Gaignerot, 18.

Séance du 17 novembre. — Questions données : « Diagnostic de la tuberculose rénale chirurgicale. - Symptômes et diagnostic des myxœdèmes ». – MM. Trau-Quan-Dé, 19; Pescarolo, 23; Gillot, 18; Thorel, 15; Mlle Abadie, 22; MM. Chapireau, 18; Soulignac, 20; Aboulker, 20 1/2; Mlle Spire, 22; M. Arnal, 25.

**Concours de stomatologiste des hôpitaux.** — *Epreuve théorique de prothèse.* - Séance du 10 novembre. — Question donnée : « Les diverses techniques usitées pour la confection des plaques bases en or utilisées en prothèse amovible au niveau du maxillaire supérieur ». — MM. Cabrol, 19; Fleury, 16; Houzeau, 18; Béal, 15.

*Epreuve de consultation écrite.*— Séance du 16 novembre. — MM. Houzeau, 28; Cabrol, 25; Fleury, 28; Béal, 26.

*Classement :* M. Houzeau, 123 points, 1er.

MM. Béal, Cabrol et Fleury, ex-æquo (avec un total de 118 points) pour la 2e place de stomatologiste subiront une épreuve supplémentaire.

**Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux.** — Le concours pour la nomination à une place d'ophtalmologiste des hôpitaux sera ouvert le mardi 19 janvier 1932, à 9 heures, à l'Administration centrale (salle des commissions), 3, avenue Victoria.

Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration, de 14 à 17 heures, du mardi 15 au mardi 29 décembre 1931 inclusivement.

**Concours d'assistant d'électro-radiologie.** — Tirage au sort du jury : MM. les Drs Lobligeois (électrologiste), Ronneaux, Berger, qui ont accepté; Pestel et Apert n'ont pas fait connaître leur acceptation.

# DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

## Faculté de médecine de Montpellier

**Concours de clinicat.** — Ont été nommés :

M. le Dr Guibal, chef de clinique de chirurgie et M. le Dr Lonjon, chef de clinique de gynécologie.

M. le Dr Battle, chef de clinique obstétricale et M. le Dr Vidal, chef de clinique des maladies mentales et nerveuses.

M. Pierre Rimbaud a été nommé chef de clinique médicale.

Enfin, M. le Dr Jacques Temple a été nommé chef de clinique ophtalmologique.

Il n'y a pas eu de candidats pour le poste de chef de clinique de médecine infantile ni pour le poste de chef de clinique de chirurgie infantile.

## Faculté de médecine de Lyon

M. Mounier-Kuhn, docteur en médecine, est nommé chef de clinique oto-rhino-laryngologique.

M. le Dr Philippe Barral est nommé chef de clinique médicale.

Au dernier Conseil de la Faculté de médecine, M. A. Rochaix a été présenté à l'unanimité pour la chaire d'hygiène laissée vacante par M. Paul Courmont, titulaire de la chaire de la tuberculose.

M. Joseph Chalier, agrégé, a été désigné en seconde ligne.

M. Roche, agrégé de chimie, est détaché à Marseille où une chaire l'attend.

## Faculté de médecine de Lille

M. le Pr Dubois-Damien a été réélu doyen pour trois ans à l'unanimité.

M. le Pr Ernest Girard a été nommé assesseur.

## Ecole de médecine de Grenoble

M. le Dr Grandmaison a été désigné après concours comme professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de médecine de Grenoble.

## Ecole de médecine de Rennes

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie interne et de clinique médicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes s'ouvrira le jeudi 12 mai 1932, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

## Hospice national des Quinze-Vingts

Un concours pour quatre emplois de chefs de clinique adjoints à la clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts sera ouvert le lundi 7 décembre 1931, à 8 heures 1/2, rue Moreau, n° 13.

MM. les docteurs qui désireront concourir peuvent se faire inscrire au secrétariat de l'hospice national des Quinze-Vingts, rue de Charenton, n° 28, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 9 à 11 heures et de 16 à 18 heures, jusqu'au jeudi 3 décembre 1931 inclus.

## Hôpital de Saint-Germain-en-Laye

**Concours pour l'internat en médecine et en chirurgie.** — Un concours est ouvert pour la nomination de cinq internes titulaires et cinq internes provisoires en médecine et en chirurgie à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

Ce concours qui comportera une épreuve écrite et une épreuve orale, aura lieu le jeudi 17 décembre 1931, à 9 heures du matin, à l'hôpital.

Les candidats devront se faire inscrire au bureau de la direction de l'hôpital au moins 8 jours avant la date fixée pour le concours.

## Hôpitaux de Rouen

**Concours de pharmacien des hôpitaux de Rouen** — Un concours aura lieu le 4 février 1932 à l'hospice générale pour la nomination d'un pharmacien des hôpitaux de Rouen.

Les candidats, français ou naturalisés français, âgés de moins de 45 ans, pourvus du diplôme de pharmacien de 1re classe, devront se faire inscrire au secrétariat des hôpitaux de Rouen (1, rue de Germont), avant le 15 janvier 1932 à midi.

## Infirmerie spéciale des aliénés

Tous les vendredis à 15 heures, depuis le 20 novembre, des conférences cliniques avec présentation de malades, sont faites à l'Infirmerie spéciale des aliénés, par MM. de Clérambault, Logre et Heuyer.

S'inscrire, 3, quai de l'Horloge.

## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

### Asile public d'aliénés de la Seine

Un concours pour deux places d'interne titulaire en pharmacie des Asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'hôpital Henri Rousselle et de l'hospice Paul Brousse à Villejuif, s'ouvrira à Paris le jeudi 7 janvier 1932.

Le nombre des places mises au concours pourra, si besoin est, être augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (service de l'Assistance départementale, 3e bureau, annexe de l'Hôtel-de-Ville, 2, rue Lobeau, escalier A, 2e étage, porte 227) tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 12 heures et de 14 à 17 heures du 1er décembre au 19 décembre 1931 inclus.

### Académie des sciences morales et politiques

Le prix Dagnan-Bouvret (1.000 francs) destiné à favoriser les études de psychologie, est donné à M. Daniel Lagache, ancien élève de l'Ecole normale, agrégé de philosophie, interne à l'asile de Ville-Evrard.

### Hommage au professeur Guéniot

A la dernière séance de l'Académie de médecine, le professeur de Lapersonne a adressé ses félicitations au professeur Guéniot, doyen d'âge de l'Académie, qui est entré dans sa centième année le 8 novembre.

M. Guéniot remercia le Président et ses collègues qui applaudirent aux paroles de félicitations en disant : « Monsieur le Président, par vos éloquentes paroles, et vous mes chers collègues par vos applaudissements sympathiques vous venez de doter mes vieilles années d'un jour radieux qui restera un des beaux jours de ma vie.

« De tout mon cœur, je vous en remercie ».

### Création d'une Ecole internationale de hautes études d'hygiène

Le projet de loi suivant présenté au nom de M. Gaston Doumergue, président de la République, vient d'être renvoyé à la Commission de l'hygiène de la Chambre des députés.

« Art. 1er. — Il est créé à Paris une Ecole internationale de hautes études d'hygiène, qui a pour objet de poursuivre, sous les auspices de la Société des Nations, les fins suivantes :

Compléter, par une institution permanente d'enseignement et d'études, le système des stages, missions et cours organisés par la Société des Nations en matière d'hygiène ; prolonger l'enseignement des écoles nationales d'hygiène par un enseignement international théorique et pratique; fournir des facilités d'études et de perfectionnement aux hygiénistes, administrateurs et fonctionnaires sanitaires, par un enseignement destiné à la préparation des dirigeants des écoles nationales où des services nationaux d'hygiène des pays qui désireraient l'utiliser.

Sont approuvés les accords intervenus au sujet de cette création entre le Gouvernement français et le Conseil de la Société des Nations.

« Art. 2. — L'école internationale de hautes études d'hygiène est une fondation autonome, investie de la personnalité civile.

« Art. 3. — La subvention annuelle de 1 million de francs, accordée à l'école en vertu du paragraphe 4 de la lettre adressée le 23 octobre 1930 par le Gouvernement français à M. le président du Conseil de la Société des Nations, sera versée en deux termes semestriels.

« Art. 4. — Le budget, les comptes de l'école internationale des hautes études d'hygiène, visés par l'article 12 du statut organique annexé à la présente loi, seront annexés annuellement à l'exposé des motifs du projet de loi portant fixation du budjet général de l'Etat.

Le rapport sur l'activité de l'école, visé par l'article 13 du statut organique, devra, dès qu'il aura été reçu par le Gouvernement français, être communiqué aux commissions des finances de la Chambre et du Sénat.

### Légion d'honneur

Sont nommés :

*Au grade d'officier :* MM. les Drs Navarre; Thibault; Rapin; de Fayard.

*Au grade de chevalier :* MM. les Drs David; Bécamp; Delsaux; M. Jean Coirre, fabricant de produits pharmaceutiques; M. le Dr Bohec, médecin sanitaire maritime.

# DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

**Société amicale des médecins alsaciens** (2, rue d'Astorg, Paris VIII^e).

La prochaine réunion de cette Société aura lieu le samedi 28 novembre chez Caillon, restaurant des Artistes, 11, rue Lepic (métro : Blanche) à 17 heures 30.

Les confrères de province de passage à Paris y sont cordialement invités.

**Société d'études des formes humaines (Société de Morphologie)**

Une réunion de la Société aura lieu le mercredi 25 novembre, à 20 heures 30 à la Sorbonne, amphithéâtre Cauchy (entrée, 17, rue de la Sorbonne).

Conférence de M. Numa Patlagean, sculpteur, sur " l'Interprétation morphologique de l'œuvre de Rodin " (projections).

**Prix de l'Académie des Sciences**

L'Académie des sciences vient d'attribuer les prix suivants :

Médecine et Chirurgie. — *Prix Montyon*. — Une médaille d'or à M. Edoardo Perroncito, pour l'ensemble de son œuvre scientifique.

Un prix de 2.500 francs à M. Maurice Auvray, pour son ouvrage : Maladies du crâne et de l'encéphale; un prix de 2.500 francs à MM. Henri Chabanier et Carlos Lobo-Onell pour leur ouvrage : Exploration fonctionnelle des reins; un prix de 2.500 francs à MM. Maurice Villaret, François Saint-Girons et Louis-Justin Besançon, pour leur ouvrage : La pression veineuse périphérique. Etude physiologique clinique et thérapeutique; une mention honorable de 1.500 francs à M. Emile Cesari pour ses recherches sur la fonction antigénique des lipoïdes; une mention honorable de 1.500 francs à M. Paul Genaud, pour sa thèse : Recherches sur les échanges d'ions entre cellules de levure et solutions salines; une mention honorable de 1.500 francs à M^me Mélina Lipinska, pour son ouvrage : Les femmes et le progrès des sciences médicales.

*Prix Bréant*. — Un prix de 2.500 francs à M. Maurice Langeron, pour ses études sur les champignons pathogènes; un prix de 2.500 francs à MM. Pierre Teissier et Florent Coste, pour leur ouvrage : physiopathologie de la scarlatine.

*Prix Godard*. — Un prix de 500 francs à M. Louis Berger, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, à Québec, pour son mémoire : Recherches sur les cellules à sécrétion interne dans les glandes sexuelles de l'homme et de la femme; un prix de 500 francs à M. Fritz Busser, pour son ouvrage : Les tumeurs épithéliales du rein chez l'adulte. Etude anatomique.

*Prix Chaussier* (10.000 francs), décerné à M. Victor Morax, pour ses travaux de pathologie oculaire et visuelle.

*Prix Mège* (1.000 francs), décerné à M. Jean Gautrelet, pour ses travaux sur l'influence de l'Adrénaline sur les variations immédiates de la réserve alcaline.

*Prix Bellion* (1.400 francs), décerné à M. Raoul Lecocq, pour son ouvrage : Les aliments et la vie.

*Prix du Baron Larrey* (1.009 francs), décerné à M. le lieutenant-colonel médecin Maurice Pilod, pour son ouvrage : Etudes sur la tuberculose dans l'armée. — Mention honorable à MM. Izard et J. des Cilleuls, pour leur ouvrage : Précis d'hygiène militaire.

*Prix Argut* (1.200 francs), décerné à M. Pierre-Ernest Roucayrol, pour son ouvrage : La d'Arsonvalisation directe dans le traitement de la blennorragie.

*Fonds Charles-Bouchard* (5.000 francs). L'annuité de ce fonds est attribuée à M. Serge Métalnikov, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, pour son mémoire : Rôle des réflexes conditionnels et du système nerveux dans l'immunité.

*Prix Cuvier* (1.500 francs), à M. François Lesbre, correspondant de l'Académie de médecine, professeur honoraire à l'Ecole vétérinaire de Lyon.

*Prix Lallemand* (1.800 francs), à M. Albert Chauchard, directeur de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes, et M^me Berthe Chauchard.

*Prix Maujean* (2.000 francs), à M. Gustave Bouffard, médecin général des troupes coloniales, directeur du Service de santé de l'A. E. F.

---

*Le gérant :* J.-B. BAILLIÈRE

# DERNIÈRES NOUVELLES

## Nécrologie

Le Dr Villy (de Paris). — Le Pr Nicolas Léon, ancien doyen de la Faculté de médecine de Jassy.— M. Maurice Huriez, étudiant en médecine, fils de M. le Dr Huriez (de Ferrière-la-Grande). — M. Ulmer Lefebvre, externe des hôpitaux de Lille, fils de M. le Dr Lefebvre et frère de M. Léon Lefebvre, interne des hôpitaux de Lille. — Le Dr Emile Leullier, chef du laboratoire de radiologie à l'Institut de prophylaxie et de l'hôpital Bellan. — Le Dr J Courbet, médecin honoraire des hôpitaux du Hâvre. — Le Dr Auguste Langhendries (de Hal). — Le Dr Henri Roziers (d'Aups). — Le Dr Robert Macnell Buchanan, bactériologiste du bureau d'hygiène de Glasgow, décédé à l'âge de 70 ans. — Le Pr Minakoff, directeur de la chaire de médecine légale à l'Université de Moscou. — M. Gabriel Boissier, chevalier de la Légion d'honneur, père de M. le Dr Raymond Boissier, stomatologiste des hôpitaux de Paris, à qui nous adressons nos sincères condoléances. — Le Dr Vincent (d'Alger), membre correspondant de la Société de chirurgie. — Le Dr Mayor (de Genève), correspondant étranger de l'Académie de médecine de Paris. — Le Dr Charles Niel, médecin lieutenant colonel des troupes coloniales, décédé à Hanoï à l'âge de 57 ans. — Madame Lucien Camus, femme de M. le Dr Lucien Camus, membre de l'Académie de médecine, mère de M. le Dr Pierre Camus. Nous adressons à MM. Lucien et Pierre Camus l'assurance de notre douloureuse sympathie. — Madame Charmot, mère de M. le Dr Charmot (de Bandol).

## Mariages

M. le Dr Maurice Christin et Mlle le Dr G. Delaby. — Mlle Suzanne Fesq et M. Raymond Junqua, fils de M. le Dr Junqua, maire de Capbreton, directeur du sanatorium maritime de cette ville. — Mlle Nelly Fidanza, fille de M. le Pr Fidanza (de Rozario), et M. le Dr F.-Q. Carillo, adjoint du service dermatologique de la Faculté de Rosario. — Mlle Moreaux et M. le Dr Illias (de Saint-Gilles).

## Fiançailles

Mlle le Dr Jeanne Salles, ancienne interne provisoire des hôpitaux de Lille, et M. le Dr Decoulx, ancien interne des hôpitaux de Lille. — Mlle L'Herminé et M. le Dr Bondois (de Lambersart).

## Naissances

M. le Dr et Madame Jean Parmentier-Charvet (de Launoy) font part de la naissance de leur cinquième fils Régis Parmentier.

## Hôpitaux de Paris

**Concours de stomatologiste des hôpitaux.** — Séance du 23 novembre. — *Épreuve supplémentaire*: Consultation écrite sur un malade atteint d'une affection dentaire. — MM. Béal, 29; Fleury, 29; Cabrol, 28. En conséquence, M. Fleury est nommé stomatologiste des hôpitaux.

Le concours est terminé par la nomination de MM. Houzeau et Fleury.

**Concours de l'internat en médecine.** — *Épreuve orale.* — Séance du 21 novembre. — Questions données : « Perforation des ulcères gastro-duodénaux. - Accidents de la sérothérapie (sans la pathogénie) ». — MM. Olivier, 20; Pointud, 16; Delort, 18; Stewart, 19; Muic, 18; Demartial, 20; Dubois, 18; Klotz, 25; Simon, 16; Morax, 23.

Séance du 23 novembre. — Questions données : « Diagnostic des anuries. - Formes cliniques de l'insuffisance aortique ». — MM. Porge, 17 1/2; Pierra, 19; Lafon, 18; Mlle Gagneur, 18; MM. Pécher, 20;

## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

Terver, 22; Bensaude, 24 1/2; Brocard, 19, Delorme, 24; Vidart, 17.

**Répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes et externes en médecine pour l'année 1932.** — MM. les élèves internes et externes actuellement en fonction et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle du concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères, à leur répartition dans les établissements de l'Administration pour l'année 1932.

MM. les élèves internes (pour entrer en fonctions le 5 janvier) : internes entrant dans leur 2e, 3e, 4e année d'exercice, le samedi 19 décembre, à 14 h. 30.

Internes de 1re année (internes des promotions 1929 et 1930, dont le congé pour service militaire expiré le 5 janvier, internes de la promotion 1931) et externes en premier, lundi 21 décembre, à 14 h. 30.

MM. les élèves externes (pour entrer en fonctions le 15 janvier). Ceux de 6e et 5e année (externes ayant concouru en 1926 et 1927), le lundi 4 janvier 1932, à 14 h. 30; ceux de 4e année (externes ayant concouru en 1928), le mardi 5 janvier 1932, à 14 h. 30; ceux de 3e année (externes ayant concouru en 1929), le mercredi 6 janvier 1932, à 14 h. 30; ceux de 2e année (externes ayant concouru en 1930), le vendredi 8 janvier 1932, à 14 h. 15; ceux de 1re année (externes ayant concouru en 1931), le lundi 11 janvier 1932, à 14 heures.

MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

### Faculté de médecine de Paris

**Consignations.** — MM. les étudiants sont informés que les consignations pour la session spéciale de réparation de février 1932 seront reçues les lundi 14 et mardi 15 décembre 1931 (guichet n° 3) de 12 à 15 heures.

**Chefs de laboratoires de cliniques (1931-1932).** — *Clinique médicale.* — Hôtel-Dieu : MM. Deval, Coquoin, Dioclès, Dumont, Dognon, Simonnet, Mlle Tissier.

Saint-Antoine : MM. Tribout, Weill, Guillaumin, Duchon.

Pitié : MM. Nepveux, Escalier.

Cochin : MM. Busy, Verne, Bariéty.

*Clinique chirurgicale.* — Hôtel-Dieu : M. Nicolas.

Salpêtrière : MM. Magrou, Rouché.

Saint-Antoine : M. Giet.

Cochin : MM. Beauvy, Herrenschmidt.

*Clinique thérapeutique chirurgicale.* — Vaugirard : MM. Moutier, Porcher, Goiffon, Béclère.

*Clinique thérapeutique médicale.* — Pitié : Mlle Dubois, M. Doubrow.

*Clinique ophtalmologique.* — MM. Hudelo, Goulfier.

*Clinique urologique.* — Necker : MM. Chabanier, Verliac, Fisch, Lumière, Truchot.

*Clinique médicale infantile.* — Enfants-Malades : M. Bidot.

*Clinique neurologique* — Salpêtrière : MM. Bertrand, Garcin, Thévenard, Mathieu.

*Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — Saint-Louis : Mlle Eliascheff, MM. Desgrez, Duché, Peyre.

*Hygiène et clinique de la première enfance.* — Enfants-Assistés : M. Détrois.

*Clinique des maladies infectieuses.* — Claude-Bernard : M. Reilly.

*Clinique oto-rhino-laryngologique.* — Lariboisière : MM. Ardoin, Lévy-Bruhl.

*Stomatologie.* — M. Chompret.

*Pathologie chirurgicale.* — MM. Wolfromm, Ménégaux.

*Diphtérie.* — M. Lafaille.

*Clinique des maladies mentales.* — Sainte-Anne : MM. Cuel, Dubar, Lehman, Dumas, Lecourt, Mlle Bonnard, MM. Piot, Nacht.

*Cliniques obstétricales.* — Tarnier : MM. Cartier, Hinglais.

Baudelocque : MM. Girand, Lacomme.

Pitié : M. Minvielle.

*Clinique gynécologique.* — Broca : MM. Bulliard, Douay.

*Clinique chirurgicale infantile et orthopédique.* — Enfants-Malades : M. Saint-Girons.

## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

*Clinique de la tuberculose.* — Laennec : MM. Bonnet, Olivier, Mlle Gauthier-Villars.

*Clinique propédeutique.* — Charité : MM. Durand (H.), Couvreux.

**Emplois d'agrégés vacants.** — Les emplois d'agrégé de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, ci-dessous désignés, sont déclarés vacants :

Oto-rhino-laryngologie, 1; pathologie expérimentale, 1.

Un délai de vingt jours, à dater du 22 mars 1931, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

### Hospice des Quinze-Vingts

Il est créé un emploi de préparatrice au laboratoire de la clinique ophtalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts.

Le titulaire de cet emploi recevra les avantages accordés aux infirmiers et infirmières-chefs des établissements nationaux de bienfaisance dont il se verra appliquer l'échelle des traitements. Il sera soumis aux mêmes règles au point de vue de l'avancement et des conditions de mise à la retraite.

Son mode de recrutement et sa nomination seront fixés par arrêté ministériel qui déterminera, en outre, la date à laquelle cette création d'emploi recevra son effet.

### Faculté de médecine de Marseille

M. Roche a été nommé professeur agrégé de chimie médicale à cette Faculté.

### Ecole de médecine de Besançon

Le concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Besançon qui devait avoir lieu le 28 décembre 1931 devant la Faculté de médecine de Nancy est reporté au lundi 11 janvier 1932.

Le registre des inscriptions sera clos le 10 décembre 1932.

### Hôpitaux de Marseille

**Concours de médecin des hôpitaux.** — La composition du jury est la suivante : Président : M. Cassoute ; assesseurs : MM. Aubert, Audibert, Combe, Mattei, Jean Piéri et Bonnal. Les candidats sont : MM. Jean Brahic, Edouard Giraud-Costa, Isemein, Jean Olmer, Perrimond, Poursine, Antoine Raybaud et Zuccoli.

### Hôpitaux de Lille

**Concours d'externat des Hôpitaux de Lille.** — Le concours d'externat des Hôpitaux de Lille s'est terminé par les nominations suivantes :

Externat : MM. Sence, Spriet, Bastien, Détrez, Gérard, Lecat, Paumier, Roose, Crawford, Caron, Israël, Mlle Aufort, MM. Garet, Letourmy, Gosselin, Mlle Merlin, MM. Husson, Fréalle, Isabel, C. Pannequin, Vannière, Dentier, Belbenoit, Ducloux, Dauchy, Bianay, Degrave, Guillon, Gambey, Dumortier, Colpaert, Roidot.

**Concours d'internat en médecine des hôpitaux de Lille.** — Internes titulaires : MM. Malatray, Minet, Lherminé, Debeyre, Willems, Demaret, Lagrenée et Verhaeghe.

Internes provisoires : MM. Patoir, Marchandise, Vanneuville et Buyck.

### Hôpitaux de Lyon

**Concours de l'externat.** — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires : MM. Cornut, Lecuire, Balleydier, Latarjet, Prist (Henri), Bouyon, Cros, Mathevon, Boiron, Ménéault, Meiffret, Magnin, Mlle Hubert, MM. Lernonon, Yao Bit Chin, Charlat, Mlle de Coloujon, MM. Delvaux, Lugand, Depouilly, Bourret, Démard, Peyran, Flattot, Préault, Mlle Bonnet, MM. Delaye, Grange, Cavailher, Pinet, Carrière, Mlle Chauffin, MM. Burthiaud, Léger, Mlle Boutovich, MM. Jarricot, Laborde, Moindrot, Godinot, Mlle Pézant, MM. Charlin, Baranges, Grolemund, Schapira, Rocher, Verrier (André), Villard, Voron, Alaka, Mlle Pillet, MM. Chavanne, Grumbach, Delbos, Madranges, Boudet, Abry, Lavabre, Martin, Teston, Delignette, Déplanche, Bouzon, Verrier (Marcel), Santoni, Bernard.

Externes provisoires : MM. Chaspoul, Daireaux, Lacroux, Godefroy, Désorthes, Grasset, Le Roux, Jurus, Barrut, Gariel, Gerest, Chambon, Garnier, Gauthier, Sicard, Grand-Clément.

### Hôpitaux de Nantes

**Concours de l'externat des hôpitaux de Nantes** — MM. Gréaud, Lemoine, Le Doch, Segault, Lesueur, Horveno, Riou, Bonamy, Frank, Rialland, Le Couet, Drouet, Gelot, Olliéric, Thomas et Kowalski ont été nommés, après concours, externes des hôpitaux de Nantes.

**Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de**

# DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

**Nantes.** — MM. Delaunay, Lairon, Hubert, Libour ont été nommés, après concours, internes des hôpitaux de Nantes.

## Hôpitaux de Montpellier

**Concours d'internat.** — Ont été nommés :

Internes titulaires : MM. Caderas, Bourguet, Bert, Mlle Fosse, M. Balmès-Sauvy; internes provisoires : M. Cazal, Mlle Boule, MM. Michel-Marguerit, Diacono.

## Hôpitaux de Nice

**Concours pour l'internat.** — A la suite du concours qui a eu lieu à l'hôpital Saint-Roch les 19, 20 et 21 octobre dernier, la Commission administrative des Hospices a nommé :

*Internes titulaires :* MM. Besson André, Provence Henri, Couderc René, Sauvy André, Oriol Gilles, Bassac Pierre, Pugnaire André, Ibanez Édouard, Simon Paul, Bernedes Jean.

*Internes provisoires :* MM. Gourdiat Jean, Ribollet Joseph, Nicolas Henri, Garipuy Gustave, De Alberti Jules, Lepeyre Jean.

**Concours pour la nomination de médecins et chirurgiens assistants.** — A la suite des concours qui viennent d'avoir lieu à l'hôpital Saint-Roch, les 27, 28 et 29 octobre dernier, la Commission administrative dans sa dernière séance a nommé :

Mlle la doctoresse Gayraud Louise; MM les Drs Liotard Marius et Faraut Jean, médecins assistants; M. le Dr Cossa Paul, médecin neurologue assistant; M. le Dr Casiglia Frédéric, chirurgien assistant; MM. les Drs Gaillard Louis et Tourtou Adolphe, chirurgiens urologues assistants; M. le Dr Lapouge Jean, chirurgien oto-rhino-laryngologue assistant; M. le Dr Paschetta Vincent, médecin radiologue assistant.

## Institut Pasteur d'Athènes

Le docteur Pierre Lépine a été nommé directeur de l'Institut Pasteur d'Athènes.

Le docteur Pierre Lépine, ancien interne des hôpitaux de Lyon, ancien professeur à la Faculté de Beyrouth, est le fils de M. Jean Lépine, doyen de la Faculté de Lyon et le petit-fils du professeur Raphaël Lépine.

## Prix de l'Académie des Sciences

Physiologie. — *Prix Montyon* (1.500 francs), à M. Charles Dhéré, professeur à l'Institut de physiologie de l'Université de Fribourg.

*Prix Pourat.* — Prix de 1.000 francs à M. Maurice Fontaine, docteur ès sciences; prix de 1.000 francs à M. Fernand Obaton, assistant à la Faculté des sciences.

*Prix Philipeaux* (1.000 francs), à M. Robert Bonnet, maître de conférences à la Faculté des sciences de l'Université de Strasbourg.

Fonds de recherches scientifiques. — *Fondation Trémont* (1.000 francs), à M. Maurice Lebrun, ingénieur des arts et métiers.

*Fondation Gegner* (4.000 francs), à M. Eugène Estanave, secrétaire honoraire de la Faculté des sciences de Marseille.

*Fondation Hirn* (2.500 francs), à M. Yves Milon, professeur à la Faculté des sciences de Rennes.

*Fonds Charles-Bouchard.* (5.000 francs). — Annuité à M. Serge Métalnikov, professeur de l'Université, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur.

## Prix quinquennal des Sciences médicales

Par arrêté royal du 9 novembre 1931, le prix quinquennal de 50.000 francs des sciences médicales, pour la période 1926-1930, est décerné à M. le Dr Bruynoghe, membre titulaire de l'Académie royale de médecine de Belgique, professeur à l'Université de Louvain, pour l'ensemble des travaux scientifiques qu'il a publiés au cours de cette période.

Nos vives félicitations au savant et très sympathique lauréat.

## Direction médicale d'un sanatorium pour tuberculeux pulmonaires et osseux de malades du sexe féminin

La place de médecin, chef du sanatorium de Salem, à Aubure-Fréland est mise au concours.

Les candidats à ce poste devront adresser, au plus tard, avant le 1er décembre 1931, leur demande au Comité de direction de la Caisse d'assurance des Employés, 96, rue de Genève, à Strasbourg. A la demande doivent être jointes une copie certifiée

## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

conforme des diplômes obtenus et des titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances médicales, scientifiques et administratives ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Prière d'ajouter en même temps un exemplaire des publications et le *curriculum-vitæ*.

Le candidat doit connaître à fond la langue française et la langue allemande.

Une commission technique, nommée par le Comité de direction de la Caisse d'assurance des employés, est chargée d'examiner les titres des candidats. La nomination sera faite par le Comité de Direction.

### Association pour le dévoloppement des relations médicales A. D. R. M.

Malgré la publicité faite en Amérique pour les onze cours en anglais organisés au début des vacances, le nombre des élèves a été très minime, ce qui n'a rien devant étonner, il faut toujours semer au début pour récolter ensuite De plus la crise actuelle a empêché de nombreux médecins de faire la traversée de l'Atlantique.

Comme tous les ans l'A. D. R. M. a organisé en juillet le séjour à Paris des membres de l'Inter-State Post-Graduate Association of North America. Cette année le nombre des participants, à ce voyage, n'a été que le quart de ce qu'il était les années précédentes.

Des suggestions sont transmises à M. le Doyen au point de vue du séjour à Paris de professeurs étrangers

L'A. D. R. M. vient de faire un nouvel effort pour faciliter le séjour à Paris des médecins étrangers. Elle publie chaque soir la liste des opérations qu'on doit faire le lendemain dans les principaux hôpitaux. Cet essai a donné des résultats satisfaisants, plusieurs étrangers sont déjà venus demander qu'on leur envoie quotidiennement par pneumatique ces listes d'opérations.

Élection de nouveaux membres : MM. Ardouin, Madier et Tournade.

### Professeur agrégé des Ecoles de médecine navale

Des concours pour l'obtention du titre de professeur agrégé des Ecoles de médecine navale auront lieu à Toulon au début du mois d'octobre 1932, à des dates qui seront fixés ultérieurement en vue de la nomination d'un titulaire pour chacune des catégories suivantes :

*b*) Anatomie-chirurgie (section d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie);

*c*) Bactériologie, hygiène.

### Médailles d'honneur de l'Assistance publique

*Médailles d'or.* — M. Rimey, à Flesselles (Somme).

*Médailles d'argent.* — MM. Ben Ammae Sadok, à Tunis (Tunisie); Choiseau, à Londinières (Seine-Inférieure).

### Distinction honorifique

Le roi de Roumanie a remis à M. le Pr Jean Cantacuzène les insignes de grand-croix de l'Etoile de Roumanie, en témoignage de sa grande activité dans le domaine de l'hygiène sociale.

### Récompenses pour faits de sauvetage accomplis dans les eaux maritimes

*Médaille d'argent de 1re classe.* — M, Bizard, médecin sanitaire maritime à Saint-Nazaire.

*Médailles de bronze.* — MM. Thibaud, Filhol.

*Mentions honorables.* — MM. Briand, Lebreton, Bizard.

### Orchestre médical

L'Orchestre médical, sous la direction de notre confrère, M Pacaut, a repris ses répétitions à la mairie de Saint-Sulpice, à 21 heures; la prochaine réunion aura lieu le mardi 15 décembre. Les confrères désireux de faire partie de l'Orchestre médical sont priés de s'inscrire auprès de M. Destouches, 4, rue Thénard, ou de M. Burnier, 5, rue Jules-Lefebvre.

### Société du vestiaire des hôpitaux

La Société du vestiaire des hôpitaux a pour but de distribuer des vêtements aux malades sortant des hôpitaux de Paris, et bien souvent à des familles nombreuses.

A l'approche de l'hiver, le Comité fait un pressant appel à toutes les personnes qui voudraient bien l'aider. Les dons, soit en argent, soit en vête-

# DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

ments neufs ou usagés, sont reçus avec reconnaissance au siège social, 232, rue de Tolbiac (sur la demande du donateur, l'administration fait prendre les vêtements à domicile).

## A la mémoire du docteur Duvernay

Sur l'initiative d'un malade reconnaissant et sous la présidence du professeur R. Leriche, s'est constitué un Comité qui se propose d'élever à Aix-les-Bains un monument au regretté docteur Duvernay. Il fait appel aux clients, aux confrères et aux amis du médecin prématurément disparu.

Ceux d'entre eux qui désirent s'associer à la souscription sont priés d'envoyer leur contribution au trésorier du Comité, M. L. Domenget, 3, place Carnot, Aix-les-Bains (chèque postal Lyon 520-68). Ils seront prévenus en temps utile de la date à laquelle aura lieu la cérémonie d'inauguration, après laquelle un souvenir leur sera adressé.

## Croisière de la Revue générale des sciences

La Revue générale des sciences, qui la première a organisé des Croisières scientifiques et dont l'exemple a été suivi en France et à l'étranger, désirant étendre dans le monde médical le bénéfice et les avantages de ces voyages. a obtenu le patronage de l'Association de la Presse médicale française et elle rappelle que les renseignements concernant ces croisières sont donnés, et les inscriptions reçues, à la fois :

Aux bureaux de la Revue générale des sciences (MM. Doin et C^ie. 8, place de l'Odéon).

A l'Association de la Presse médicale française (secrétariat général, 23, rue du Cherche-Midi. — Téléph. : Littré 14-61).

Chez M. Olivier, directeur des Croisières de la Revue générale des sciences, 28, quai de Passy. — Téléph. : Jasmin 31-42

Le programme des Croisières de 1932 paraîtra sous peu et sera communiqué aussitôt aux journaux par le service de l'Association de la Presse médicale française.

## Réception à l'Ecole Dentaire supérieure de de radiologie et de physiothérapie

L'École dentaire supérieure de radiologie et de physiothérapie a donné, lundi, une brillante réception en l'honneur de M. François Latour, président, et de MM. les membres du Conseil municipal de Paris, ainsi qu'à MM. les délégués étrangers à la Société des Nations.

Après la visite des laboratoires et des salles de diagnostic et de traitement, toutes aménagées selon les règles de l'asepsie, et avec les derniers perfectionnements de la radiologie, le professeur Zaher, directeur technique, exposa les buts de l'École qui, par ses cours théoriques et ses démonstrations pratiques de laboratoire et de clinique, donne aux dentistes diplômés de tous les pays un enseignement de perfectionnement.

M. le professeur Barail, directeur scientifique de l'École, souhaita ensuite la bienvenue à ses hôtes, et raconta la genèse de ce qui constitue à la fois une École de perfectionnement modèle et un dispensaire dont l'action sociale s'avère déjà de premier ordre.

Puis, M. Vauel remercia les fondateurs de l'École de leur effort, et des succès qu'ils ont déjà obtenus.

Enfin, M. Santos, ministre des Affaires étrangères, délégué de la Colombie à la S. D. N., félicita l'École, au nom de la S. D. N., de l'importante contribution qu'elle apporte à l'hygiène sociale et des nobles buts qu'elle poursuit.

## Assocation nationale des médecins mutilés et pensionnés de guerre

L'Association nationale des médecins mutilés et pensionnés de guerre tiendra son Assemblée générale, le 6 décembre 1931, à 9 h. 1/2, en l'Hôtel de l'Association générale des mutilés de la guerre, 85 *bis*, rue du Faubourg-Saint-Honoré.

Le déjeuner annuel aura lieu à midi et demie dans les salons du restaurant Luce.

## Concours universitaire belges 1929-1931

Dans le groupe des sciences chirurgicales et obstétricales, M^lle A. Brouha, docteur en médecine de l'Université de Liége, à été classée première. Elle a obtenu la médaille d'or et a été proposée pour une bourse de voyage. (Travail du laboratoire de la clinique gynécologique et obstétricale); M. le D^r Van Houtegem, de l'Université de Gand, a été classé




## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

second avec mention honorable. (Travail de la clinique obstétricale et gynécologique.)

### A l'hôpital Saint-Louis M. Blaisot inaugure le nouveau service de radiologie

M. Camille Blaisot, ministre de la Santé publique, s'est rendu mardi matin à l'hôpital Saint-Louis pour visiter le plus moderne service de radiologie dont puisse s'enorgueillir la science médicale française. Le docteur J. Belot, chef du service de radiologie de Saint-Louis, à qui l'on doit d'avoir fait surgir dnas l'enceinte du vieil hôpital ces pavillons neufs et clairs, reçut le ministre.

C'est dans la salle des conférences que le docteur Mourier, directeur général de l'Assistance publique, prit le premier la parole. Il rappela que le vieil hôpital, construit sous le règne de Henri IV, abritait aujourd'hui le plus moderne des services et il loua l'activité et le dévouement du docteur Belot, en qui il salua le savant, le praticien et aussi l'ingénieur.

Le docteur Belot, en des termes émus, d'une aimable simplicité, reporta ces éloges sur ses collaborateurs. Il dit toute la sollicitude qu'il avait trouvée auprès des pouvoirs publics et de l'assemblée municipale. Il salua enfin le professeur d'Arsonval « patron de la radiologie, le vice-président du Sénat et le sénateur Régnier, ses compatriotes de l'Allier.

Puis il décrivit les services qu'il dirige.

Le ministre, dans son allocution, dit sa joie et sa fierté à constater la place que notre pays occupe, depuis la guerre, dans le domaine scientifique.

M. Blaisot et les diverses personnalités qui l'accompagnaient visitèrent ensuite, longuement, sous la conduite du docteur Belot, les différentes salles de radioscopie, de radiographie et de radiothérapie.

---

*Le gérant :* J.-B. BAILLIÈRE

# DERNIÈRES NOUVELLES

## Nécrologie

Le Dr Fortuné Mazel, ancien président de la Société de médecine du Gard, ancien président de l'Académie de Nîmes. — Le Dr Santiago Vela Iglesias, médecin espagnol bien connu. — Le Dr Nestor Castex (de Toulouse). — Madame veuve Baudouin, mère de M. le Dr Emile Baudouin. — Le Dr Verneuil, ancien chirurgien de l'hôpital de Saint-Josse-ten-Noode, directeur du Service médical du personnel des hôpitaux de Bruxelles. — Le Dr William Elder, neurologiste d'Ecosse, décédé à l'âge de 67 ans. — Madame Capelle-Debuchy, femme de M. le Dr Paul Capelle (de Wavrin). — Le Dr Lucien Hennon (de Pontchartrain). — Le Dr Auguste Ledoux (de Marche, Belgique). — Le Dr Henri Coquidé (de Robecq, Pas-de-Calais). — Le Dr Courbet (de Sainte-Adresse). — Le Dr Auguste Fillion (de Vertou, Loire-Inférieure). — Le Dr Gauté (de Tarbes). — Le Dr Pierre Giraudeau (de Burie, Charente-Inférieure). — Le Dr Poingt (de Donzy). — Le lieutenant-colonel médecin retraité Jean de Broeu, décédé à Bruxelles dans sa 90e année, commandeur de l'Ordre de la Couronne et officier de l'Ordre de Léopold.

## Mariages

Mlle Pauline Soderlindh, fille de M. le Dr Soderlindh, chevalier de la Légion d'honneur, et le lieutenant Blondeau. — Mlle Cécile Noir, fille de M. le Dr Julien Noir, et M. Pierre Convers. La bénédiction nuptiale leur sera donnée à Paris en l'Eglise Saint-Etienne-du-Mont le 9 décembre à midi. Nos sincères félicitations à M. le Dr Julien Noir et nos meilleurs vœux pour les fiancés. — M. le Dr Jacques Louvel, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, médecin consultant à Bagnoles-de-l'Orne, et Mlle Suzanne Menus. Nos bien sincères félicitations et nos meilleurs souhaits. — M. le Dr Decoulx, ancien interne des hôpitaux de Lille, et Mlle Jeanne Sales, ancien interne provisoire des hôpitaux de Lille. — M. le Dr Raymond Mahon, chef de clinique à la Faculté de médecine de Bordeaux, fils de M. le Dr Mahon, médecin directeur de l'Asile de Mont-de-Marsan, et Mlle Marie-Antoinette Flous.

## Hôpitaux de Paris

**Mutations dans les services hospitaliers.** — M. Baudouin passe à l'Hôtel-Dieu, Paisseau à Trousseau, Ameuille à Cochin, Chiray à Bichat, Pasteur Vallery-Radot à Bichat, Milhit à Hérold, Troisier à Beaujon, Tinel à la Rochefoucauld, Touraine à Saint-Louis, M.-P. Weil à Saint-Antoine, R. Bénard à Laënnec, Flandin à Bichat, Rouillard à Tenon, Moreau à Bicêtre, Jacquet à Sainte-Périne, L. Kindberg à la Salpêtrière, Cathala à Debrousse, Alajouanine à Bicêtre, H. Bénard à la Charité, De Gennes à Bicêtre, Tzanck à Broca, Marchal à Broussais Jacob à Ivry, Etienne Bernard à Bicêtre.

**Concours de l'internat en médecine.** — *Epreuve orale.* — Séance du 25 novembre. — Questions données : « Diagnostic clinique des tumeurs des bourses (hernies exceptées). - Symptômes et diagnostic des polynévrites alcooliques ». — MM. Marcombes, 18 1/2; Mouchotte, 18 1/2; Grépinet, 20; Vauclin, 24; Guisoni, 17; André Roy, 21.

Séance du 23 novembre. — Questions données : « Symptômes et diagnostic du cancer de l'œsophage. - Formes cliniques de l'asystolie ». — MM. Feuillet, a filé; Mlle Oemichen, 17; MM. Zhâ, 23; Gelbert, 18; Bigey, 17; Genty, 19; Perreau, 23; Mallarmé, 24; Brinon, 19; Meyer (Jean), 14; Le Cœur Pol, 17.

Séance du 30 novembre. — « Complications des varices des membres inférieurs. - Symptômes et diagnostic de la syphilis linguale ». — MM. Dechaume

## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

Montcharmont, 17; Sidi, 24; Lanthier, 21; Nomblot, 21; Girard, 18; Prunet, 18; Nastorg, 18; Fuchs, 13; Leroy, 18; Guichard, 8, Catinat, 20.

Séance du 1er décembre — « Diagnostic et pronostic des fractures malléolaires. - Formes cliniques de cyrrhoses alcooliques du foie ». — MM. Esquirol, 18; Brincourt, 22 1/2; Bour, 20; Adrianopoulos, 20 1/2; Debray, 21; Giard, 18; Rambert, 17; Bouley, 21; Grèze, 13; Fontaine, 17; Trotot, 18.

**Assistants d'électro-radiologie des hôpitaux.** — *Classement des candidats.* — MM. Venturini, 9; Chérigié, 8; Mlle Cauvet, 7.

Ces trois candidats sont admis à accomplir une deuxième année de stage.

2° *Epreuve pratique.* — Epreuve d'électrologie : Installer un dispositif pratique d'ionothérapie par le R. I. (prêt à être appliqué sur le malade). — MM. Damond, 10; Duval, 10; Deliencourt, 10, Bernard, 12; Corbier, 6; Falcoz, 9.

*Epreuve de radiologie :* Technique radioscopique de l'examen du cœur et des gros vaisseaux de la base, faire un orthodiagramme (face et profil) en marquant les points principaux. — MM Falcoz, 11; Bernard, 15; Corbier, 17; Deliencourt, 14; Duval, 14; Damond, 12.

*Classement des six candidats nommés.* — MM. Bernard, 27; Duval, 24; Deliencourt, 24; Corbier, 23; Damond, 22; Falcoz, 20.

**Concours de l'internat de Brévannes, Sainte-Périne, Chardon-Lagache, Hendaye. et Champrosay.** — Ont été désignés pour faire partie de ce concours, MM. Nicaud, Tzanck et Leibovici.

### Hôpital Paul Brousse

Un concours pour la nomination de trois internes en médecine à l'hospice Paul Brousse et éventuellement la désignation d'internes provisoires à l'hospice départemental Paul Brousse et au centre anticancéreux, s'ouvrira le lundi 1er février 1932.

Pourront prendre part au concours : 1° les élèves externes des hôpitaux de Paris; 2° les étudiants en médecine possédant dix inscriptions de doctorat.

Les candidats ne devront pas avoir dépassé l'âge de 27 ans révolus au 1er mars 1932. Toutefois, cette limite d'âge sera prorogée d'une durée égale aux services accomplis dans l'armée active pour satisfaire aux obligations de la loi sur le recrutement de l'armée.

Les étrangers seront admis à concourir dans les conditions suivantes : Au cas où ils obtiendraient un nombre de points au moins égal à celui obtenu par le dernier candidat français admis par le jury ils seraient classés en surnombre.

Ils ne recevront pas de traitement, mais seront nourris toute la journée les jours de garde et au repas de midi les autres jours.

Ils seront soumis au point de vue du service aux mêmes obligations que leurs collègues de nationalité française.

Les candidats devront pour être inscrits au concours produire les pièces suivantes : 1° expédition de l'acte de naissance; 2° extrait du casier judiciaire; 3° certificat de revaccination; 4° certificat du Directeur général de l'Administration générale de l'Assistance publique attestant que l'intéressé est externe des hôpitaux ou certificat de dix inscriptions de doctorat prises dans une Faculté ou une Ecole de médecine de l'Etat.

Le certificat du Directeur général de l'Administration générale ou du Doyen de la Faculté ou du Directeur de l'Ecole de médecine devra indiquer que le candidat n'a pas subi de peine disciplinaire grave.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine, service de l'Assistance départementale, 3e bureau, annexe Lobau, escalier A, 2e étage, pièce 227, dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 12 heures et de 14 à 17 heures, du lundi 4 au mardi 19 janvier inclus

Toute demande déposée ou parvenue après la clôture de la liste d'inscription ne sera pas admise. La liste des candidats admis à concourir sera arrêtée par le Préfet de la Seine. Les candidats seront convoqués par lettre recommandée. Néanmoins, l'Administration décline toute responsabilité pour toute convocation qui ne parviendrait pas.

Tous renseignements concernant la nature des épreuves du concours et la situation des internes de l'hospice Paul Brousse sont, dès à présent, fournis par le service de l'Assistance départementale.

*Epreuves du concours.* — 1° Une épreuve écrite de quatre heures sur : *a*) l'anatomie, l'histologie et la

physiologie; *b*) la pathologie interne; *c*) la pathologie externe (30 points). Elle pourra être éliminatoire si le nombre des candidats dépasse le triple des places vacantes.

2° Une épreuve orale de cinq minutes sur une question de pathologie interne ou de pathologie externe (20 points).

3° Une épreuve clinique consistant en un examen de malade et une épreuve pratique de laboratoire (20 points pour ces deux épreuves).

## Hôpitaux de Lyon

**Concours de médecin des hôpitaux.** — Le concours de médecin des hôpitaux de Lyon s'est terminé par la nomination de M. le Dr Pierre Delore, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Lyon.

**Concours pour une place de radiologiste des hôpitaux de Lyon.** — Le concours s'est terminé par la nomination de M. le Dr Giraud.

## Hôpitaux de Lille

M. le Dr A. Vatoir, chef de clinique médicale adjoint à la Faculté de médecine de Lille, est nommé médecin des hôpitaux de Lille.

## Médaille d'or de la Société de pathologie exotique

La Société de pathologie exotique a attribué la grande médaille d'or à l'effigie de Laveran à M. le Dr J. Rodhain, directeur de l'Ecole de médecine tropicale de Bruxelles, pour l'ensemble des travaux que ce savant a produits en pathologie tropicale au cours de son long séjour au Congo belge. La médaille sera remise au titulaire à la séance du 9 décembre 1931, à 17 heures dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur.

## Légion d'honneur

Sont nommés :

*Au grade d'officier :* M. le Dr Marius Carle, chef du service sanitaire de la ville de Lyon.

*Au grade de chevalier :* MM. les Drs Bertrand, à Lignières (Cher); Fleurot, à Précy-sur-Thyl (Côte-d'Or).

Par décret du Président de la République en date du 18 novembre 1931, est exclu de la Légion d'honneur, à compter de la date du présent décret, et privé, en outre, définitivement du droit de porter toute autre décoration française ou étrangère ressortissant à la grande chancellerie : M. Buisson (Alphonse-Henri-André), ex-médecin aide-major de 1re classe du 14e corps d'armée, chevalier de la Légion d'honneur du 4 décembre 1920.

## Mérite agricole

MM. Méry, docteur vétérinaire, à Paris; Schmitt, à Metz (Moselle).

## Remise d'une croix à une surveillante de Laënnec

Le lundi 9 Novembre, Madame Georgette Colin, surveillante du service de chirurgie de M. Proust, a reçu la croix de la Légion d'honneur qui lui a été remise par M. Sabatié, député de Paris, en présence de M. l'inspecteur principal Durand, remplaçant M. Mourier, retenu pour les obsèques d'une surveillante décédée d'une maladie contractée dans son service. En même temps une médaille d'argent a été remise à Madame Conte, surveillante de médecine, et deux médailles de bronze à Mesdames Garchignard et Thorin, du service de chirurgie.

## Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales

M. le pharmacien commandant Cousin (Ernest) a obtenu au concours le titre de professeur agrégé et est nommé professeur agrégé de la chaire de chimie, pharmacie, toxicologie à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales.

## Société de pathologie comparée

La séance solennelle annuelle de la Société de pathologie comparée aura lieu le mardi 8 décembre 1931, à 4 heures 1/2 à l'Hôtel des Sociétés Savantes, 8, rue Danton, sous la présidence de M. le ministre de l'Instruction publique, de M. le ministre de la Santé publique, de M le Pr Leclainche, membre de l'Académie des sciences.

Le banquet où sera fêté le trentenaire de la Société et que les dames sont priées d'honorer de leur présence aura lieu dans les Salons de l'Hôtel Claridge, 74, avenue des Champs-Elysées à 19 heures 1/2, sous la présidence de M. Blaisot, ministre de la Santé publique.

## Prix de l'Académie des Sciences

L'Académie des sciences vient d'attribuer les arrérages de la Fondation Roy-Vaucouloux (6.000 francs) à M. Antoine Lacassagne, sous-directeur de laboratoire à l'Institut du radium, pour ses travaux sur les tissus sains et les tissus cancéreux.

## Prix de la Société des chirurgiens de Paris

La Société des chirurgiens de Paris rappelle qu'elle décerne chaque année quatre prix : 1° Prix de chirurgie générale (prix Dartigues); 2° Prix de chirurgie urinaire (prix Cathelin); 3° Prix de chirurgie gastro-intestinale (prix Victor-Pauchet); 4° Prix de chirurgie gynécologique (prix Paul Delbet).

Chaque prix est de 1.000 francs.

Les travaux, originaux et inédits, doivent être adressés au secrétaire général de la Société, Dr Charles Buizard, 3, rue de la Trémoille, Paris (VIIIe) avant le 31 décembre, au moins en deux exemplaires et de préférence en cinq, dactylographiés ou imprimés.

# DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

## Conseil supérieur de cinématographie

Sont nommés pour trois ans, membres du conseil, MM. d'Arsonval et Louis Lumière, membres de l'Institut, M. le Dr Commandon.

## Vacance de poste de directeur du Bureau municipal d'hygiène

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Saint-Denis.

Le traitement alloué est fixé à 21.728 francs par an, avec avancement biennal, en six classes, jusqu'à 28.712 francs, avec droit de faire de la clientèle.

Les candidats ont un délai de vingt jours à compter de la présente publication pour adresser au ministère de la santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 6e bureau), 7, rue de Tilsitt, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

## Le 90e anniversaire du Pr Hayem

A l'Academie de médecine, a été célébré le 90e anniversaire du professeur Hayem.

Le Pr de Lapersonne, président, prit la parole au nom de l'Académie, pour exprimer à M. Hayem les vœux de ses collègues; il rappela ses nombreux travaux, en particulier ceux concernant l'hématologie et le félicita de sa splendide santé et de son étonnante vigueur.

Le Pr Hayem se leva à son tour pour remercier l'assemblée de cette touchante manifestation à son égard.

## Le Centenaire de Félix Guyon

Le centenaire de Guyon sera célébré dans les conditions suivantes :

Le mardi 8 décembre, à 15 heures, l'Académie de médecine consacrera à la mémoire du maître sa séance solennelle annuelle de distribution des prix. Le Pr Legueu y prononcera l'éloge de Guyon.

Le lendemain, mercredi 9 décembre, la Faculté de médecine rendra à son tour hommage à un de ses plus illustres professeurs dans une cérémonie qui aura lieu à 10 h. 45 à la clinique de Necker sous la présidence du doyen Balthazard, dans l'amphithéâtre même où Guyon donna pendant plus de 30 ans ses cours.

Au cours de cette cérémonie prendront la parole les orateurs suivants :

Le Pr Hogge (de Liège) au nom des élèves étrangers.

Le Pr Pousson (de Bordeaux) au nom des élèves de province.

Le Dr Pasteau (de Paris) au nom des chefs de clinique et des congrès d'urologie.

Le Dr Michon, ancien président de la Société de chirurgie, au nom de cette Société.

Le Pr Legueu au nom de la clinique de Necker.

Le Dr Balthazard, doyen, au nom de la Faculté.

C'est pour se conformer aux volontés clairement exprimées par M. Guyon lui-même que sa famille et le Pr Legueu ont décidé de limiter à cette simple manifestation la commémoration de son centenaire.

Tous les élèves, amis et admirateurs du maître voudront bien recevoir cette note comme une invitation.

## Hommage au Dr Albert Mouchet

A l'heure où le Dr Albert Mouchet va quitter son service hospitalier, ses élèves et ses amis ont pensé lui témoigner leur affection et leur reconnaissance en lui offrant une médaille souvenir dont l'exécution a été confiée à M. Charles Pillet, Grand Prix de Rome, médaille d'honneur du Salon des artistes français.

*Comité:* Président, M. Albert Peyronnet, sénateur, ancien ministre.

MM. les Prs Ch. Lenormant, Pl. Mauclaire.

MM. les Drs Bensaude, Chifoliaux, Courcoux, Fredet, Gastou, Gouverneur, Pilatte, Rouèche, Rouget, Terrien, Villechaise, Villière, Louis Funck-Brentano, Carle Rœderer, Bertaux, Ardouin.

MM. Allard, Guibé, Hébert, Mégin, Internes des hôpitaux.

Toute souscription de 100 francs donnera droit à un exemplaire de la médaille.

Adresser les souscriptions à M. Georges Masson,

trésorier de la souscription, boulevard Saint-Germain, 120, Paris 6e. Compte chèques postaux, Paris 599.

## L'Union internationale contre la tuberculose

L'Union internationale contre la tuberculose tiendra sa prochaine conférence à La Haye, du 6 au 9 septembre 1932, et elle a mis à l'ordre du jour les trois questions suivantes :

1° Question biologique : Relation entre l'allergie et l'immunité.

2° Question clinique ; La chrysothérapie.

3° Question sociale : L'assistance post-sanatoriale.

Ces décisions ont été prises à la réunion du Conseil de direction qui s'est tenu récemment à Paris, sous la présidence du Pr Frölich (Norvège).

## Inauguration du dispensaire homéopathique

(99, boulevard Auguste Blanqui).

L'inauguration de ce dispensaire, fondé par l'Association philanthropique pour le développement de l'homéopathie française, a été faite le 5 novembre par M. Blaisot, ministre de la Santé publique, assisté de M. le Pr Gauthier, représentant le ministre de l'Instruction publique.

## Le Cinquantenaire du bacille de Koch en Allemagne

On fêtera à Berlin le 24 mars 1932, la découverte du bacille tuberculeux par Robert Koch. Le ministère fédéral de l'Intérieur et le ministère prussien du département de l'Hygiène ont pris déjà les premières mesures pour la célébration de cet anniversaire. Du 17 au 20 mai 1932, il y aura à Berlin une grande réunion commémorative; et les jours suivants des journées officielles ou scientifiques auxquelles participeront de nombreux savants allemands ou étrangers.

## Association amicale des anciens médecins des corps combattants (74, rue du Rocher)

La Comité de l'A. A A. M. C. C. rappelle à ses camarades que le prochain dîner est fixé au samedi 5 décembre à 20 heures, à l'hôtel Claridge, 57 bis, rue de Ponthieu, à Paris.

Il sera présidé par le médecin général inspecteur Dopter, directeur du Service de santé au ministère de la guerre, membre de l'Académie de médecine.

## Conférences du dimanche

L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1931-1932, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères, 49, rue des Saints-Pères

Les conférences sont publiques et gratuites.

Le 6 décembre, M. A. Tzanck : La circulation de retour du sang vers le cœur (son importance au point de vue thérapeutique). — 13 décembre, M. R. Weismann-Netter : La lymphogranulomatose maligne, maladie frontière. — 20 décembre, M. B. Weill-Hallé : Les nourrissons vomisseurs et leur traitement.

## Clinique des maladies mentales

M. Nacht est nommé, pour l'année scolaire 1931-1932, chef de laboratoire de psychothérapie et de psycho-analyse à la clinique des maladies mentales.

## Asile d'aliénés de Breuty-la-Couronne

Le poste de médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Breuty-la-Couronne (Charente), est vacant par suite du départ de M. le Dr Dubourdieu, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

## Bal de la section de médecine de l'A. G.

La section de médecine de l'A. G. des étudiants organise le 5 décembre, à 22 heures, à l'hôtel Colbert, 15, rue de la Bûcherie, Ve, un grand bal de nuit. Intermède artistique avec le concours de : Parisys, Georges Pomies, Raymond Souplex. Entrée : 20 fr. Membres de l'A. G. 8 francs.

**Concours pour plusieurs emplois de médecin titulaire du Bureau de Bienfaisance.** — Un concours pour plusieurs emplois de médecin titulaire du bureau de bienfaisance s'ouvrira le 14 décembre 1931, à 8 h. 30 du matin, à l'Hôtel-Dieu.

*Conditions d'admission.* — Les conditions d'admission au concours sont les suivantes :

1° Etre Français ou naturalisés Français; Etre pourvus du diplôme de docteur en médecine délivré par une des Facultés de médecine de l'Etat; 3° Etre âgés de 25 ans au moins et de 45 ans au plus ; 4° S'engager à exécuter les dispositions du réglement dont il sera délivré un exemplaire à chaque candidat lors de son inscription; 5° Ne pourront prendre part au concours MM. les médecins et chirurgiens des hôpitaux, MM. les médecins du Dispensaire général ou du Dispensaire antituberculeux, les agrégés et les chefs de travaux chargés de cours dans les Facultés, en fonctions au moment de l'ouverture du concours; 6° Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat du Bureau de Bienfaisance, et déposer, au moment de l'inscription, les documents relatifs à leurs titres ou services antérieurs; le registre d'inscription sera clos le 5 décembre, à 3 heures; 7° L'entrée de l'hôpital de l'Hôtel-Dieu est interdite aux candidats inscrits, pendant les 8 jours qui précéderont les examens.

*Epreuve du concours.* — Le concours comprend deux séries d'épreuves :

A. Examen d'admisibilité. — Les candidats examineront devant le jury deux malades au moins

## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

atteints d'affections médicales et rédigeront ensuite une consultation écrite sur la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement. — La fixation du temps à accorder pour la rédaction de la consultation est laissée à l'appréciation du jury.

Les candidats qui auront été reconnus admissibles par délibération du jury seront seuls admis au concours sur titres.

B. Concours sur titres. — Le jury examinera les titres présentés par les candidats (concours, publications scientifiques, services administratifs antérieurs).

Après discussion des titres, le jury dressera une liste de présentation des candidats et rédigera un procès-verbal de ses opérations.

La Commission administrative du Bureau de bienfaisance procédera à la nomination des médecins titulaires dans la séance qui suivra le concours.

*Durée des fonctions. - Rétribution.* — La durée des fonctions de médecin titulaire du Bureau de bienfaisance est de quatre années; toutefois les médecins peuvent être maintenus dans leurs fonctions jusqu'à concurrence de deux autres périodes de quatre années; chaque prolongation ne sera accordée qu'en fin de période, par délibération de la Commission administrative du Bureau de bienfaisance.

L'indemnité allouée aux médecins du Bureau de bienfaisance est de 4.000 francs par an.

*Observations.* — Dans le cas où l'assistance médicale à domicile cesserait de faire partie du Bureau de bienfaisance, les fonctions de médecin dudit Bureau seraient supprimées de droit, sans indemnité.

---

*Le gérant :* J.-B BAILLIÈRE

# DERNIÈRES NOUVELLES

## Nécrologie

Le Dr Auguste Parel, décédé à Peseux. — Le Dr O. Meyer, décédé à Fontainemelon (Val-de-Ruz) à l'âge de 78 ans. — Le Pr Albert Mayor, professeur honoraire de l'Université de Genève, fils et petit-fils de médecin, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Le Dr Eugène Revilliod (de Genève), ancien interne des hôpitaux de Paris. — Le Pr Savas, professeur d'hygiène et de bactériologie à la Faculté de médecine d'Athènes, initiateur de nombreuses institutions sanitaires et hygiéniques en Grèce, organisateur de la lutte antipaludique dans ce pays. — Sir David Bruce, auteur de la découverte du micrococcus melitensis et du rôle du lait de chèvre dans la propagation de la fièvre de Malte, décédé subitement à l'enterrement de lady David Bruce, sa femme. — Le Dr Albert-Félix Gantois, chevalier de la Légion d'honneur, décoré de la Croix de guerre, père de M. Michel Gantois, étudiant en médecine à la Faculté libre de médecine de Lille. — Le Dr Auguste-Louis Delespierre (de Wambrechies), décédé à l'âge de 73 ans. — Le Dr Léon Marique (de Liége). — Le Dr Lebour (de Montoire). — Le Dr Charles Niel, médecin lieutenant-colonel des troupes coloniales à Hanoï. Le Pr John Whitridge Williams, professeur, puis doyen de la John Hopkins University.

## Mariages

M. le Dr Lucien Mallet, radiologiste des hôpitaux de Paris, chef des travaux de curiethérapie à l'hôpital Tenon, et Mlle Madeleine Richepin. Nos bien sincères félicitations et nos meilleurs vœux.

## Fiançailles

Mlle Marguerite Le Roy, fille de M. le Dr Charles Le Roy (de Calais), et M. Gérard Barbier, architecte à Paris.

## Naissances

M. le Dr Antoine Raybaud, médecin-adjoint des hôpitaux de Marseille, chef de clinique médicale à la Faculté, et Madame M.-L. Raybaud-Saillet, interne des hôpitaux de Marseille, ont le plaisir de faire part de la naissance de leur fille Eveline. — M. le Dr et Madame Dhers font part de la naissance de leur fille Chantal.

## Hospice national des Quinze-Vingts

Le concours pour la nomination de deux chefs de clinique, à la Clinique ophtalmologique de cet établissement, s'est terminé par la nomination de MM. les Drs Fil et Jourdy.

## Hôpitaux de Paris

**Concours d'oto rhino-laryngologiste** — Un concours pour la nomination à une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux aura lieu le vendredi 29 janvier 1932.

**Prix de l'internat en médecine.** — CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENT. — Séance du 1er décembre. — *Jugement des mémoires.* — MM. Mayer, 16; Merger, 18; Padovani, 17; Sicard, 20.

*Composition écrite anonyme.* — Séance du 3 décembre. — Nerf phrénique. - Luxations récidivantes de l'épaule. — MM Sicard, 28; Padovani, 26.

*Epreuve clinique.* — MM. Sicard, 17; Padovani, 18.

*Classement.* — 1er (médaille d'or), M. Sicard, 65; 2e médaille d'argent), M. Padovani, 61.

**Concours de l'internat en médecine.** — *Epreuve orale.* — Séance du 2 décembre. — Questions données : « Causes et signes de l'occlusion intestinale aiguë. - Hémoptysies tuberculeuses ». — MM. Gibert, 21; Sambron, 23; Fasquelle, 21; Brunhes, 19.

# DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

**Concours de l'internat en médecine** — Résultats du concours. — *Internes titulaires* par ordre de nomination :

1. Boulet . . . . . 71 1/2
2. Bréhant . . . . 69 1/2
3. Fresnais . . . 67 1/2
4. Gahinet . . . . . 67
5. Suchmann . . . . 66
6. Strée . . . . . 64 1/2
7. Varengot . . . . . -
8. Debray . . . . . -
9. Willot . . . . . . . 64
10. Soubrane . . . . . -
11. Israël . . . . . 63 1/2
12. Gibert . . . . . . . 63
13. Sambron . . . . . -
14. Dulot . . . . . 62 1/2
15. Robert . . . . . . -
16. Sabourin . . . . . 62
17. Bensaude . . . . . -
18. Wetterwald . 61 1/2
19. Stewart . . . . . -
20. Ferroir . . . . . . 61
21. Cachin . . . . . . -
22. Livieratos . . . . -
23. Esquirol . . . . . -
24. Bourdial . . 60 1/2
25. Mlle Jammet . . . -
26. Stérin . . . . . . . -
27. Arnal . . . . . . . 60
28. Lichtenberg . . . -
29. Bastien . . . . . . -
30. Delorme . . . . . . -
31. D'Escrivan . . . . -
32. Camelot . . . . 59 1/2
33. Zha . . . . . . . . -
34. Genty (Philippe) -
35. Perreau (Pierre) 59
36. Olivier . . . . . .
37. Lauret . . . . . . . -
38. Vauelin . . . . . . -
39. Baumgartner 58 1/2
40. Groulier . . . . . -
41. Aboulker . . . . . -
42. Maerez . . . . . . 58
43. Fourestier . . . . -
44. Ghozland . . . . . 58
45. Chevallier (R.) -
46. Dreyfus . . . 57 1/2
47. Brouet . . . . . . . -
48. Bloch (Henri) . . -
49. Tran Qang De . -
50. Yovanovitch . . . -
51. Boisseau . . . . . -
51. Boisseau . . . 57 1/2
52. David . . . . . . . . -
53. Soyer . . . . . . . . 57
54. Mlle Gagneur . . -
55. Brincourt . . . . . -
56. Guillaumat . . . -
57. Caby . . . . . . . . -
58. Soulignac . . . . . -
59. Klotz . . . . . . . -
60. Lachmann . 56 1/2
61. Pergola . . . . . . -
62. Abaza . . . . . . . -
63. Hanaut . . . . . . -
64. Judet . . . . . . . . 56
65. Roux . . . . . . . . -
66. Pourquié. . . . . -
67. Pescarolo . . 55 1/2
68. Mlle Spire . . . . -
69. Maspetiol . . . . -
70. Bidou . . . . . . . -
71. Desvignes. . . . . -
72. Mallarmé. . . . . -
73 Chapireau . . . . -
74. Landrieu. . . . . 55
75. Fontaine . . . . . -
76. Boulle . . . . . . . -
77. Morax . . . . . . . -
78. Bonnet (P.) . 54 1/2
79. Mme Longuet . . -
80. Voisin . . . . . . . -
81. Vial . . . . . . . . -
82. Coussieu. . . . . . -
83. Brocard. . . . . . -
84. Rodier . . . . . . -
85. Gaultier. . . . . . -

*Externes en premier* par ordre de nomination :

1. Moulinier . . 54 1/2
2. Bour . . . . . . . . -
3. Marre. . . . . . . 54
4. Camus (Jean) . -
5. Boussoulade . . . -
6. Douay . . . . . . . -
7. Allilair. . . . . . . -
8. Lanthier . . . . . -
9. Grossiord. . . . . -
10. Mlle Huguet . . . -
11. Mlle Abadi. . . . -
12. Pécher . . . . 53 1/2
13. Roy (André) . . . 53
14. Aliker. . . . . . . -
15. Levaditi . . . . . . -
16. Bonnet (Georges) -
17. Seguin. . . . . . . -
18. Mlle Lion . . . . . -
19. Benassy . . . . . 53
20. Hertz . . . . . . . -
21. Abrianopoulos 52 1/2
22. Sauvain . . . . . . 52
23. Dormay . . . . . . -
24. Porge. . . . . . . . -
25. François . . . . . -
26. Demartial . . . . . -
27. Chareire. . . . . . -
28. De Botton. . . . . -
29. Dechaume-Moncharmont . . -
30. Catinat . . . . . . -
31. Kaplan . . . . . 51 1/2
32. Lafon. . . . . . . . -
33. Dubois . . . . . . . -
34. Beaufils. . . . . . -
35. Findjanjian . . . -
36. Debidour. . . 53 1/2
37. Bigey . . . . . . . -
38. Simon . . . . . . . -
39. Terver . . . . . . -
40. Boissonnet . . . . -
41. Dutray . . . . . . 51
42. Mlle Abraham . -
43. Pointud . . . . . . -
44. Brunhes. . . . . . -
45. Genty (Pierre) . -
46. Bonhomme. . . . -
47. Yaitch . . . . . . . -
48. Carrez. . . . . . . -
49. Mlle Hahn . 50 1/2
50. Arvay . . . . . . . -
51. Leroy (Louis) . . -
52. Delort . . . . . . . -
53. Benoist (Daniel) -
54. Perrot . . . . . . . -
55. Dupeyrat . . . . . -
56. Coldefy . . . . . . -
57. Legry . . . . . . . . 50
58. Amante . . . . . . -
59. Bequichon . . . . 59
60. Fasquelle . . . . . -
61. Nastorg. . . . . . -
62. Moreno. . . . . . . -
63. Velez. . . . . . . . -
64. Offret . . . . . . . -
65. Scheid . . . . 49 1/2
66. Trombert . . . . . -
67. Kipfer . . . . . . . -
68. Chatain . . . . . . -
69. Goyer . . . . . . . -
70. Vendryes . . . . . -
71. Perret . . . . . . . -
72. Delaitre. . . . . . -
73. Mlle Courrier . . -
74. Pierra . . . . . . . -
75. Seringe. . . . . . . 49
76. Boursat . . . . . . -
77. Huguier . . . . . . -
78. Vilde . . . . . . . . -
79. Gelbert . . . . . . -
80. Rambert. . . . . . -
81. Pellier . . . . . . . -

**Concours de l'externat.** — Liste alphabétique des candidats reçus :

Mlle Abraham . . . . . 52
Adam (Roger) . . . . 57
Mlle Adda . . . . . . . 56
Mlle Aghion . . . . . . 49
Aharfi . . . . . . . . . . 53
Ajuriaguerra . . . . . . 49
Albario . . . . . . . . . . 49
Mlle Aldou . . . . . . . 59
Andreota . . . . . . . . 49
Anglade . . . . . . . . . 50
Arnoux . . . . . . . . . . 49
Arrighi . . . . . . . . . . 49
Arsiteh . . . . . . . . . 50
Artisson . . . . . . . . . 52
Mlle Aubert-Champerré . . . . . 52
Mlle Aubin . . . . . . . 55
Audry . . . . . . . . . . 51
Mlle Auger . . . . . . . 49
Auger (Léon) . . . . . . 55
Auslander . . . . . . . 54
Ayrignac . . . . . . . . 50
Azouz . . . . . . . . . . . 55
Azvelos . . . . . . . . . 49
Bachellier . . . . . . . 51
Babinier . . . . . . . . 49
Bakhouche . . . . . . . 53
Baneaud . . . . . . . . 52
Barbier (Jacques) . . 49
Bargain . . . . . . . . 51
Mlle Barnaud . . . . 58
Baron . . . . . . . . . . 49
Mlle Barret . . . . . . 55
Baussan . . . . . . . . 54
Beaufils . . . . . . . . . 53
Becuwe . . . . . . . . . 53
Bellin . . . . . . . . . . . 55
Ben Brahim . . . . . . 54
Bergeron (Louis) . . . 56
Mlle Besnard . . . . . 53
Biardeau . . . . . . . . 61
Billard (Jacq.-René) 56
Mlle Blairon . . . . . 51
Mlle Bonnot . . . . . . 49
Bouché . . . . . . . . . 56
Boulenger . . . . . . . 49
Bourdin . . . . . . . . . 49
Boureau . . . . . . . . . 51
Bourier . . . . . . . . . 50
Bouteolakis. . . . . . . 51
Bouvier (Jean-Bapt.) 54
Brunet . . . . . . . . . 49
Bugaut . . . . . . . . . 51
Butebach . . . . . . . . 53
Mlle Cadecéa. . . . . . 50
Cahen . . . . . . . . . . 52
Campagne . . . . . . . 52
Mlle Canet . . . . . . 49
Canetti . . . . . . . . . 50
Canasso . . . . . . . . . 56
Carle . . . . . . . . . . . 50
Mlle Carlet . . . . . . 57
Carrière . . . . . . . . . 52
Mlle Casalis . . . . . . 53
Cauchois . . . . . . . . 56
Cenac . . . . . . . . . . . 51
Cecana . . . . . . . . . 50
Cerf . . . . . . . . . . . 51
Chabanon . . . . . . . 54
Champagne . . . . . . 51
Charpentier (G.) . . 52
Chassagne . . . . . . . 55
Chastagnol . . . . . . . 52
Chausselat . . . . . . . 51
Chevallier (Robert). 54
De Chirac . . . . . . . 50
Colletan . . . . . . . . . 56
Mlle Commerson . . . 50
Comte (Joseph) . . . . 51
Mlle Conty . . . . . . . 57

## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

# DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*



## Collège de France

La chaire de médecine du Collège de France est déclarée vacante.

Un délai d'un mois datant du 30 novembre (date de la publication à l'*Officiel*) est accordé aux candidats pour adresser à l'administration du Collège de France leur déclaration de candidature et l'exposé de leurs titres.

## Faculté de médecine de Lyon

M. le Dr Rochaix, agrégé près la Faculté de médecine de Lyon est nommé à compter du 16 novembre 1931, professeur d'hygiène à ladite Faculté.

## Faculté de médecine de Montpellier

Le Conseil de la Faculté de médecine de Montpellier a proposé à l'agrément du ministre de l'Instruction publique la candidature de M. le Pr Louis Rimband pour occuper la chaire de clinique médicale vacante par la mort du Pr Dueamp.

Le Conseil a proposé la perennisation de M. Paul Lamarque dans les fonctions d'agrégés de physique biologique et médicale.

## Faculté libre de médecne de Lille

**Concours de l'adjuvat.** — M. Batteur a été nommé aide d'anatomie.

## Ecole d'application du Val-de-Grâce

Un concours pour l'obtention du titre de professeur agrégé du Val-de-Grâce et pour trois emplois de professeur agrégé de médecine et un emploi de professeur agrégé de chirurgie s'ouvrira le 16 mai 1932.

Un concours s'ouvrira à la même date pour l'obtention du titre de professeur agrégé du Val-de-Grâce et pour un emploi de professeur agrégé de chimie appliquée à la biologie et aux expertises de l'armée.

## Ecole de médecine d'Angers

M le Dr Fruchaud, professeur suppléant d'anatomie a été nommé professeur suppléant des chaires de clinique chirurgicale et de clinique obstétricales.

## Université de Montréal

M. le Dr Laquerrière a été nommé professeur de physiothérapie à l'Université de Montréal et directeur du laboratoire de l'hôpital Notre-Dame.

M le Dr Vignal a été nommé directeur du laboratoire de radiologie et de physiothérapie de l'hôpital Saint-Luc.

M. le Dr Pierre Rheaume devient professeur de chirurgie opératoire.

## Hôpitaux de Lille

**Concours de l'internat en médecine.** — Le jury a proposé, et l'Administration des hospices a ratifié, la nomination de MM. Ledieu et Ledourneuf, comme internes titulaires; de M. Liber, comme interne provisoire.

MM Delezenne et Langrand, ayant obtenu la moyenne nécessaire, sont proposés pour les fonctions d'internes dans les services de la Faculté.

**Concours de l'externat** — Le jury a proposé et l'Administration des hospices a ratifié, la nomination de MM. Bens, Delerue, Fournier, Becquet, Delfpoulle, Camus, Hermant et Aujoulat.

## Hôpitaux de Marseille

A la suite d'un concours chaudement disputé, pour lequel huit concurrents ont pris le départ devant un jury présidé par M. le Dr Cassoute, assisté de MM. V. Audibert, V. Aubert, Combe, Ch. Matteï, G. Bonnal et J. Péri, médecins ou chirurgiens des hôpitaux, M. le Dr Antoine Raybaud, chef de clinique médicale à la Faculté, a été nommé médecin adjoint des hôpitaux de Marseille.

## Hôpitaux de Bordeaux

**Concours pour une place de médecin résidant à l'hospice général.** — Ce concours sera ouvert le mardi 23 février 1932.

Les inscriptions seront reçues, jusqu'au 8 février 1932 inclusivement, au secrétariat de l'Administration des hospices, cours d'Albret, 91.

# DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

En se faisant inscrire, les candidats déposeront :

Leur diplôme de docteur, délivré par l'une des Facultés de médecine de France;

Leur acte de naissance, et, s'il y a lieu, la preuve qu'ils sont français ou naturalisés français.

Un certificat de bonne conduite et de moralité délivré par le maire de la commune de leur résidence.

Un engagement écrit de résider dans l'Etablissement, de ne pas avoir de cabinet de consultation en ville, de se conformer au règlement du Service de santé, à ceux de l'Etablissement, aux décisions et délibérations ultérieures de la Commission administrative des hospices ainsi qu'aux mesures de disciplines prévues par le règlement.

L'admission au concours est subordonnée à la décision de la Commission.

Le jury du concours est composé de sept juges, savoir : deux médecins, trois chirurgiens et deux accoucheurs titulaires désignés par le sort. Il est présidé par le plus ancien des membres titulaires présents.

Le programme du concours comprend trois épreuves :

1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie chirurgicale.

2° L'examen clinique de deux malades, dont l'un atteint d'une affection médicale et l'autre d'affection obstétricale.

3° Une épreuve de médecine opératoire ayant pour objet une opération chirurgicale précédée des considérations anatomiques et pathologiques qui s'y rapportent.

Le temps accordé à chaque candidat pour la première épreuve est de quatre heures, d'une heure et demie pour l'épreuve clinique (une demi-heure d'examen, une demi-heure de réflexion, une demi-heure d'exposition) et une heure pour l'épreuve opératoire).

Le médecin résidant nommé est nourri, logé, chauffé et éclairé; il reçoit un traitement annuel de 5.900 francs.

La durée de son service est d'une année obligatoire, avec renouvellement pour deux années consécutives, au gré de l'Administration.

## Service de santé de la marine

Par décision ministérielle du 29 novembre 1931, les médecins dont les suivent ont été nommés, après concours, aux fonctions ci-après :

*Médecin des hôpitaux maritimes.* — M. Mondon (H.-M.-L.), médecin principal.

*Chirurgien des hôpitaux militaires.* — M. Canton (J.-F.-A.), médecin de 1re classe.

*Spécialistes des hôpitaux militaires.* — Bactériologie et anatomo-pathologie. — M. Quérangal des Essarts (J.-A.-F.), médecin de 1re classe.

Ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie. — M. Bondet de la Bernadie (C.-J.-H.-J.), médecin principal; M. Tabet (J.-G.), médecin de 1re classe.

Electroradiologie et physiothérapie. — M. Chrétien (E.-J.), médecin de 1re classe; M. Saves (L.-J.-M.-A.), médecin de 1re classe.

Médecine légale et neuro-psychiatrie. — M. Darleguy (L.-J.-R.), médecin principal.

Stomatologie. — M. Deney (J.-M.-J.-B.) médecin de 1re classe.

## Académie de médecine - Prix décernés en 1931

Prix Alvarenga (1.200 francs). — L'Académie estime qu'il n'y a pas lieu de décerner ce prix.

Prix Albert Ier de Monaco (100.000 francs). — M. Veillon, professeur à l'Institut Pasteur (Paris) : *Etudes des microbes anaérobies.*

Prix Argut (800 francs). — M. le Dr Lacharité, de New-York : *Les tumeurs des os à cellules géantes.*

Prix Audiffred (un titre de rente de 24.000 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix.

Prix Barbier (2.500 francs). — L'Académie estime qu'il n'y a pas lieu de décerner le prix.

Prix Berraute (un titre de 3.092 francs de rente 3 0/0). — Les arrérages du prix sont distribués à MM. Oberling et Guérin (Paris), pour l'ouvrage intitulé : *Cancer du Pancréas.*

Prix Blondet (20.000 francs). — Les arrérages du prix sont partagés entre : M. Chabanier, de Paris, et M. Lobo-Onell, de Santiago, 6.000 francs chacun pour leur mémoire : *Exploration fonctionnelle des reins.* — Mme Yvonne Schaeffer, de la Seine, 3.000 francs pour son travail sur *Les Ferments.* — M. le Dr Fleuret, de Nancy, 3.000 francs pour son ouvrage : *Du rôle des glucides dans la formation de certains acides organiques chez le sujet normal et pathologique.*

Prix Boggio (4.800 francs). — M. le Dr Bayle, de Paris : *Influence des injections sous-cutanées d'extrait splénique sur l'évolution de la tuberculose expérimentale.*

Prix Bourceret (1.200 francs). — MM. les Drs Ch.

# DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

Laubry et Adalbert van Bogaert, de Paris : *Etudes de la dynamique artérielle normale et pathologique.*

Prix Buignet (1.600 francs). — MM. Etienne et Philippe Barral, de Lyon : *Précis d'analyse chimique biologique générale.*

Prix Buisson (12.000 francs). — M. Jules Auclair, de Paris : *Vaccination préventive et curative du cobaye et du lapin contre la tuberculose humaine; ses indications et ses effets chez l'homme.* — Mention très honorable à MM. Leroy, médecin-chef, et Médakowitch, chef de laboratoire à l'Asile Sainte-Anne : *Paralysie générale et malariathérapie.*

Prix Cailleret (500 francs). — M. le Dr Claude Bouysset, de Lyon : *Les gangrènes diabétiques des membres et leur traitement.*

Prix Capuron (2.000 francs). — MM. les Drs Paul Baron, de Paris, et Pierre Merle, de Montpellier : *Ce qui est particulier aux stations françaises, c'est la probité de leur étude, c'est la netteté de leurs indications thérapeutiques.*

Prix Chevillon (3.000 francs). — L'Académie estime qu'il n'y a pas lieu de décerner le prix.

Prix Clarens (500 francs). — M. le Dr Schapiro, de Paris : *L'hygiène alimentaire des juifs devant la Science moderne.*

Prix Desportes (1.500 francs). — 1° M. le Dr Vellard, de Rio-de-Janeiro : *Ensemble de travaux sur les animaux venimeux du Brésil et leurs venins* (750 francs). — 2° MM. A. et R. Sartory et J. Meyer, de Strasbourg : *Contribution à l'étude des onychomicoses* (250 francs chacun).

Fondation Ferdinand-Dreyfous (1.400 francs). — Les arrérages sont attribués à M. Robert Worms.

Prix Godard (1.000 francs). — M. le Dr Paul Blanchet, de Lyon : *Les causalgies post-traumatiques de Weir-Mitchell et leur devenir.*

Prix Guérétin (1.500 francs). — 1° MM. Pasteur Valery-Radot et Lucien Rouquès, de Paris : *Les phénomènes de choc dans l'urticaire* (375 francs chacun). — 2° MM. Worms et Le Mée, de Paris : *Les foyers amygdaliens* (375 francs chacun). — Mention très honorable à M. le Dr Jacquemin, de Larressore : *Complications soustractives de la tuberculose pulmonaire.*

Prix Guzman (Un titre de rente de 2.500 francs). — Les arrérages de ce prix sont attribués à MM. Pierre Gley et Kistinios, de Paris : *Recherches expérimentales et cliniques sur l'action des extraits pancréatiques dans certaines affections cardio-vasculaires.*

Prix Helme (2.500 francs). — M. le Dr Couture, de Lyon : *Contribution à l'étude des stérols, leur action photochimique et leur pouvoir d'oxydation.*

Prix Herpin (de Genève) (3.000 francs). — M. le Dr Mollaret, de Paris : *La maladie de Friedreich.*

Prix Huchard (8.000 francs). — Le prix est partagé entre le Dr René Morin, médecin principal de 1re classe de l'Assistance médicale de l'A. O. F. au Sénégal, et le Dr Phan Van Lu, de Cholon (Cochinchine). — Mention très honorable à M. Georges Perrin, interne des hôpitaux, qui, en des circonstances graves, a fait preuve d'un grand esprit de sacrifice.

Prix Hugo (1.000 francs). — Mme le Dr Mélina Lepinska, de Paris : *Les femmes et le progrès des sciences médicales.* — Des mentions très honorables sont décernées à : M. le Dr Armand Robert. *Ambroise Paré, médecin légiste.* — M. le Dr Léon Palès : *Paléopathologie et pathologie comparative* — M. le Dr Jacques Vié : *Les aliénés et les correctionnaires à Saint-Lazare au XVIIe et au XVIIIe siècles.* — M. le Dr Raymond Boissier : *La Mettrie, la Politique du médecin de Machiavel, la Mort de Voltaire, Evolution de l'art dentaire.*

Prix Huguier (4.000 francs). — M. le Dr Claude Béclère, de Paris : *La perméabilité et les obturations tubaires.*

Prix Infroit (3.000 francs). — M. le Dr Iser Solomon, de Paris : *Travaux de radiologie.*

Prix Jacquemier (2.500 francs). — M. le Dr Raymond Mahon, de Bordeaux : *L'utérus parturient rachianesthésié.*

Prix Laborie (7.000 francs). — M. Jean Patel, de Paris : *Les accidents précoces des traumatismes cranio-encéphaliques fermés.*

Prix Larrey (500 francs). — 1° M. le Dr Raoul Hurstel, de Paris : *Les accidents oculaires du travail* (250 francs). — 2° MM. Worms et Bolotte, de Paris : *L'insuffisance respiratoire nasale* (125 fr. chacun).

Prix Laval (1.200 francs). — Les arrérages du prix Laval sont attribués à M. Jean Cauchoix, pupille de la Nation, étudiant de première année.

Prix Le Piez (2.000 francs). — Le prix est attribué et les arrérages partagés entre : MM. les Drs Worms, Delafarge, de Paris : *Les séquelles traumatiques crano-faciales d'allure réflexe* (250 francs chacun). — M. le Dr Imbert, de Paris : *La périlobulite et le retour à la notion de la tuberculose pulmonaire interstitielle* (500 francs). — Mlle le Dr Juliette Scherrer, de Paris : *De quelques formes cliniques des pleurésies rhumatismales* (500 fr.). — M. le Dr Fischer, de Bordeaux : *Les dysmorphies congénitales* (500 francs).

Prix Leveau (2.000 francs). — L'Académie estime qu'il n'y a pas lieu de décerner ce prix.

Prix Louis (4.500 francs). — Mme et M. Jacques Trefouel, de Paris, pour leur ouvrage : *AS5.*

Prix A.-J. Martin (1.000 francs). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Horace Goldie, de Paris, ce mémoire a pour devise : L'utilité publique et l'intérêt de l'humanité ennoblissent le travail le plus rebutant et ne laissent voir aux hommes que le zèle avec lequel il a fallu surmonter le dégoût et les obstacles.

Prix Claude-Martin (800 francs). — M. Rubbrecht, de Gand : *Les variations maxillo-faciales sagittales et l'hérédité.*

Prix Mège (1.500 francs). — M. le Dr Jean Dublineau, de Paris : « L'union fait la force ».

Prix Meynot (3.000 francs). — M. le Dr Baillart, de Paris, pour son *Ensemble de travaux sur la circulation rétinienne.* — Une mention très honorable est accordée à M. le Dr Keller, de l'Ecole de médecine d'Hanoï : *Essai sur les affections oculaires en Indochine.*

Prix Monbinne (1.500 francs). — M. le Dr Schmutz, Directeur des Services d'Hygiène et de la Santé publique dans le Bas-Rhin : *Note sur le*




## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

*développement de l'épidémie de poliomyélite aiguë dans le Bas-Rhin, en été* 1930.

PRIX NATIVELLE (1.000 francs). — L'Académie a estimé qu'il n'y avait pas lieu de décerner le prix.

PRIX OULMONT (1.000 francs). — Le prix est décerné à M. Paul Thiroloix.

PRIX PANNETIER (4.000 francs). — MM. Lortat-Jacob et Solente : *La cryothérapie.*

PRIX POURAT (1.500 francs). — M[lle] Jeanne Lévy, de Paris : *Etude chimique et pharmacodynamique de quelques substances sympathomimétiques du type de l'éphédrine.*

PRIX REDARD (5.000 francs). — M. Paul Funck-Brentano, de Paris : *Les pseudarthroses du col du fémur.*

PRIX REYNAL (1.500 francs). — M. le D[r] Eugène Briau, de Paris : *Hors l'amour, pas de baisers.* — Mention honorable à M. le D[r] Eylaud, de la Gironde : *Les assurances sociales en France et la protection de la santé publique.*

PRIX RICORD (800 francs). — M. le D[r] Roucayrol, de Paris : *La d'Arsonvalisation directe dans le traitement de la blennorragie.*

PRIX MARC-SÉE (1.200 francs). — M. Philippe Bellocq, de Strasbourg : *Anatomie médico-chirurgicale.*

PRIX TARNIER (4.000 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix; elle accorde une mention très honorable à M. le D[r] Bidoire, de Paris : *Contribution à l'étude des thrombo-phlébites utéro-pelviennes d'origine puerpérale.*

PRIX TESTUT (1.500 francs). — 1° M. le D[r] Pedro Belou, de Buenos-Ayres : *Atlas de anatomia de organo del oido y de las regiones con el vinculadas.* — 2° M. le D[r] Villemin, de Bordeaux : *Précis d'anatomie topographique.*

PRIX VERNOIS (800 francs). — M. le D[r] Pozerski, de Paris : *Hygiène alimentaire* (600 francs), et M. Henri Bouquet, de Paris, pour son *Encyclopédie des connaissances médicales* (200 francs).

### Concours de médecin inspecteur d'hygiène sociale du département de la Seine

Un concours sur titres est ouvert en vue de la nomination d'un médecin-inspecteur à l'Office publique d'hygiène sociale du département de la Seine.

Ce médecin-inspecteur ne peut exercer en clientèle privée.

Pourront seuls prendre part à ce concours les candidats du sexe masculin français ou naturalisés français, âgés de moins de 40 ans et munis depuis cinq ans au moins du diplôme de docteur en médecine délivré par une Faculté française.

La limite d'âge de 40 ans est prorogée d'une durée égale aux services accomplis effectivement dans l'armée active pour satisfaire aux obligations de la loi sur le recrutement.

Les candidats devront être, en outre, titulaires du diplôme d'hygiène délivré par une Faculté de médecine et avoir exercé pendant deux années au moins des fonctions dans un service public sanitaire ou d'hygiène sociale.

Pour être inscrits les candidats devront produire es pièces suivantes :

1° Demande d'inscription.

2° Expédition de l'acte de naissance.

3° Certificat de nationalité française ou de naturalisation.

4° Diplôme de docteur en médecine ou copie certifiée conforme.

5° Diplôme d'hygiène délivré par une Faculté de médecine.

6° Certificat constatant que les intéressés ont effectivement rempli des fonctions pendant deux années au moins dans un service sanitaire ou d'hygiène sociale.

7° Note indiquant les situations occupées antérieurement et contenant l'indication des titres et travaux scientifiques. Certificat de position militaire.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 24 décembre 1931 inclusivement à l'Office public d'hygiène sociale, 9, place de l'Hôtel-de-Ville, dimanches et fêtes exceptés

Les candidats absents de Paris ou empêchés devront adresser leur demande et les pièces jointes par lettre recommandée de manière qu'elle parvienne au plus tard à l'Office à la date ci-dessus indiquée.

Toute demande d'inscription parvenue après cette date ne pourra être accueillie.

Les candidats ne seront admis à concourir qu'après avoir été reconnus, après examen radioscopique, aptes à remplir les fonctions par M. le médecin en chef de la Préfecture de la Seine.

La liste des candidats admis à concourir sera arrêtée par le Préfet de la Seine.

Les traitements du médecin inspecteur de l'Office sont les suivants :

1re classe, 60.000 francs; 2e classe, 55.000 francs; 3e classe, 50.000 francs; 4e classe, 45.000 francs.

Retenue de 6 % effectuée pour versement à la Caisse Nationale des retraites pour la vieillesse.

Indemnité de résidence de 2. 240 francs.

Indemnité de fonctions de 2.000 francs.

Le cas échéant, allocations pour charges de famille.

Frais de déplacement.

## Syndicat des oto-rhino-laryngologistes français

A la suite de l'Assemblée générale d'octobre dernier, le Bureau se trouve ainsi composé : M. Dubar (Paris) président, Sargnon (Lyon), Razemon (Lille), Jacques (Nancy) et Lemaître (Paris) vice-présidents; Batier (Strasbourg) secrétaire général; Bonnet-Roy (Paris), trésorier.

L'assemblée a élu présidents d'honneur M. Lubet-Barbon et Sébilleau aux côtés de M. Moure, président-fondateur.

## Hôpital Henri-Rousselle

Sont titularisés : MM. Teisseire, comme médecin chargé de la médecine générale; Dupouy, comme médecin du dispensaire de prophylaxie mentale, chargé de la consultation de psychiatrie générale.

## Le centenaire de Félix Guyon célébré à l'Académie de médecine

Il appartenait au professeur Legueu, héritier de la chaire de Félix Guyon, et, depuis plus de trente ans, légataire de sa pensée et de ses traditions, de prononcer l'éloge de son maître. Dans un éloquent panégyrique, il le dépeint dans les diverses périodes de son existence : dans ses débuts, dans sa carrière scientifique, dans sa vie familiale et dans sa retraite, et il nous le montre « tel qu'il fut et tel qu'il apparaîtra toujours aux générations de l'avenir ; dans l'ordre scientifique, un créateur ; dans l'ordre intellectuel, un maître, un chef d'école ; dans l'ordre moral, la personnification de la conscience et de la dignité professionnelle ».

Après avoir commencé ses études médicales à Nantes, Guyon vint les terminer à Paris, où il eut pour maîtres Roux, Aran, Richet, mais surtout Laugier et Velpeau, qui « firent sur lui l'impression la plus profonde et imposèrent à son âme une empreinte et une formation qu'il conserva toute sa vie ». Il est successivement nommé premier à l'internat des hôpitaux, aide d'anatomie, prosecteur, chirurgien des hôpitaux, agrégé, et déjà quelques-uns de ses caractères prédominants se dessinent dans cette première période : une profonde imprégnation de droiture, une rigoureuse discipline de l'esprit, une haute culture générale, une certaine distinction de manières, et enfin l'amour du travail.

En 1877, il est nommé professeur de pathologie chirurgicale, et en 1890 une chaire de clinique des maladies des voies urinaires est créée pour lui à l'hôpital Necker. C'est là que le professeur Legueu nous le montre dans sa salle d'opérations, et surtout nous le dépeint pratiquant la lithotritie, intervention pour laquelle il avait acquis une maîtrise que personne n'a jamais pu dépasser ni même atteindre.

« Nos opérations chirurgicales exigent le concours de deux sens à la fois : la vue et le toucher; mais la part des yeux est prépondérante pour la perception et la fixation des impressions qui commandent l'action.

« Pour la lithotritie, au contraire, la vue ne compte plus, le toucher seul intervient; l'opérateur perd ainsi une partie de sa valeur sensorielle, il ne peut remédier à cette déperdition que par un affinement du tact, il lui faut une hypersensibilité tactile. C'est là qu'étaient la force et la supériorité de Guyon; ses doigts avaient reçu ou plutôt acquis par l'usage une sensibilité telle, qu'ils pouvaient percevoir en même temps que le malade et presque avant lui les moindres mouvements de sa vessie.

« Ces doigts, qui percevaient seuls et transmettaient au cerveau la sensation, étaient les mêmes qui recevaient aussitôt la commande; ainsi, la sensation et l'action, la demande et la réponse se fusionnaient en un geste presque simultané, adéquat à la sensibilité pathologique de la vessie. »

Après avoir retracé les étapes glorieuses de la vie de Guyon, le professeur Legueu fait un portrait de son maître qui mérite d'être cité :

« Par la noblesse et la distinction de toute sa vie, il fut l'honneur de la profession médicale; par sa conscience, par son travail, il fut un modèle, et lorsque sera disparu le dernier de ceux qui, parmi nous, ont pu bénéficier de son exemple et du rayonnement de sa valeur, il restera encore marqué du doigt de la postérité comme un créateur.

« Dans ce dix-neuvième siècle si riche de gloire et de magnifiques conquêtes, dans ce siècle de Claude Bernard et de Pasteur, des rayons X et de l'anesthésie, il a fixé sa place à côté des plus grands noms, en imprimant à sa spécialité une orientation définitive.

« Les années à venir accumuleront de nouvelles conquêtes; la science marchera à pas de géant dans un monde prodigieux de merveilles encore insoupçonnées, mais aucune de ces conquêtes réalisées ou à venir ne diminuera l'éclat de son nom; son œuvre initiale et profonde restera entière; et si haut, si large que soit jamais élevé l'édifice du progrès, on verra toujours resplendir d'une lumière éclatante le sillage de Guyon au firmament de l'Histoire. »

## Grand dîner d'automne de l'Umfia en l'honneur du Corps médical Belge

J'ai assisté souvent aux belles manifestations de l'Umfia mais jamais je n'y ai constaté un enthousiasme plus grand que celui qui animait le dîner en l'honneur des médecins belges. C'était un ...elle et

# DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

grande fête de famille sous le signe de la Belgique, d'un pays d'honneur et de parole donnée, comme l'a dit si justement M. le Pr Forgue.

Dartigues, Molinéry, Bandelac de Pariente, Gaullieur l'Hardy, Dausset, les organisateurs de cette belle réception, les animateurs infatiguables de l'Umfia, peuvent être fiers de leur œuvre. Ils l'ont élevée sur des bases solides et maintenant qu'ils ont constitué le faisceau uni et solide de l'amitié des médecins latins, le Pr Forgue a souhaité qu'un jour prochain l'Umfia devienne l'Umu (l'Union médicale universelle)

Molinéry en termes agréables fait les présentations, rappelle les évènements heureux des umfistes, excuse les absents. Il a consacré quelques mots émus au Dr Berry qui nous a quittés trop tôt après de cruelles souffrances.

Dartigues, avec sa verve coutumière, a fait vibrer la salle en rappelant tout ce que la France et la médecine française doivent à la Belgique, à son roi et à sa reine et aux médecins belges.

Voncken, Mayer, Beckers ont dit tour à tour des paroles qui touchaient profondément ceux qui les entendaient.

Baillière a dit quelques mots de l'utilité de mettre en pratique « l'Union fait la force » entre médeeins belges et médecins français. Le Pr Nicolau, professeur à la Faculté de droit de Bucarest, a pris la parole au nom du Gouvernement roumain.

Le grand savant belge Bordet, dans un discours plein de finesse, a montré le rôle que joue la science dans la vie et le rapprochement des peuples, il a fait des allusions à des évènements actuels, avec une gaité et un entrain d'homme jeune, qui lui ont valu un banc.

Le Pr Forgue nous a sédnits par une parole enthousiaste pour la belle œuvre de l'Umfia, il a montré aux ambassadeurs ce que la diplomatie peut apprendre de la biologie, il a glorifié le beau rôle du roi et de la reine des Belges au moment de tourmente.

Enfin M. l'ambassadeur de Belgique a en paroles émues remercié l'Umfia, félicité Dartigues, Molinéry, Bandelac de Pariente, Gaullieur l'Hardy.

A minuit un quart festin et discours étant terminés, on se dispersait dans les salons pour le bal qui se termina au matin.

Depuis environ dix ans, l'Umfia, devenue Union médicale latine, donne chaque année au printemps et à l'automne un dîner en l'honneur de l'une des vingt-neuf nations qui font partie de son groupement.

Successivement ont été fêtées l'Argentine, l'Uruguay, la Colombie, le Brésil, l'Italie, le Canada. Cette fois c'étaient la Belgique, les médecins et la science médicale belge qui étaient à l'honneur. Vingt ambassadeurs, ministres plénipotentiaires, chargés d'affaires ou attachés de légations représentent vingt nations différentes. Dix autres encore ont adressé leurs excuses et leurs regrets. C'est bien toute l'union latine qui mardi soir, pour la première fois, était rassemblée dans les Salons du Palais d'Orsay, pour fêter la médecine belge.

Dans l'assistance nous avons reconnu : Mme et S E. le baron de Gaiffier d'Hestroy, ambassadeur extraordinaire et ministre plénipotentiaire de la Belgique à Paris; Mme et S. E. le comte Menzoni, ambassadeur de l'Italie à Paris; M. le ministre Ojeele, conseiller à l'ambassade d'Espagne de Paris; Mme et S. E. l'Honorable Philippe Roy, envoyé extraordinaire et ministre plénipotentiaire du Canada en France; S. E. Da Souza Dantas, ambassadeur du Brésil à Paris; M. le consul général Bastin, représentant le Luxembourg; S. E. Glani, envoyé extraordinaire et ministre plénipotentiaire de l'Uruguay; S. E. Armando da Gama Ochoa, envoyé extraordinaire et ministre plénipotentiaire du Portugal à Paris; S. E. le général Vasquez-Cobo, envoyé extraordinaire et ministre plénipotentiaire de Colombie; Mme et S. E. Caballero de Bedoya, envoyé extraordinaire et ministre plénipotentiaire du Paraguay; Mme et S. E. Garcia Calderon, envoyé extraordinaire et ministre plénipotentiaire du Pérou; Mme et S. E. Vallenilla Lanz, envoyé extraordinaire et ministre plénipotentiaire du Venezuela en France; Mme et S. E. Anunategui, ministre plénipotentiaire du Chili; S. E. de Cespedes, ministre plénipotentiaire de Cuba; M. Alberto Moreno Canas, chargé d'affaires de Costa Rica; Alberto Fernandez Gergolas, attaché d'ambassade de la République Argentine; Dr Alfonso Preciado du Panama; Dr Godoy, eonsul du Salvador; Mme et M. Jean Cruppi, ancien ministre; M. Daniel Baqué, chef de cabinet de M. le sous-secrétaire d'Etat aux Travaux Publics et au Tourisme, sous-directeur de l'Office National du Tourisme; MM. les députés Caujole et Molinié; Mme et M. le Pr Forgue. de la Faculté de Montpellier, Président du dîner; le Pr Nicolau, de la Faculté de droit de Bucarest, représentant du Gouvernement roumain.

Parmi les personnalités belges, nous devons citer: les Pr Bordet, directeur de l'Institut Pasteur de Bruxelles; Pr Dustin, de Bruxelles; Pr Henrijean; Pr Brouha, de Liège; Pr Lemaire, de Louvain; M. le Dr Voncken et Dr Bosenthal, président et trésorier de l'Association de la Presse médicale belge; Dr Beckers, administrateur de Bruxelles-Médical; Dr Léopold Mayer, rédacteur en chef de Bruxelles-Médical; Dr Brouha fils; Dr Delchef, rédacteur en chef du Scalpel; Dr Marchal, d'Anvers; une délégation de la Cité Universitaire belge de Paris; Drs Amy, de Bruxelles; Beerens, de Gand; Hermans, de Bruxelles, Jacquin, de Liège; Kestens, de Louvain; Gapart, Lambeau, Matton, Van Bogaert, Wattess, de Bruxelles; Korkin, de Liège, Dupuis, de Bruxelles.

De Lille: le Pr Favreau; de Strasbourg: le Pr Pautrier; de Tours: le Pr Lapeyre. MM. les Prs agrégés Le Lorier, Donzelot, Desmarets, Harvier, Larden-

## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

nois, René Moreau, Basset. MM. les médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris : Drs Crouzon, Trémollières, Weissenbach, Joltrain, Gaudard d'Allaines. Du Muséum d'histoire naturelle : le Pr Louis Roule. MM. les inspecteurs généraux Rouvillois, directeur du Val-de-Grâce; Boyé, directeur du Service de santé des Colonies; Emily; le Dr Bellencontre, président de l'Association générale des médecins de France et le Dr Thierry, secrétaire général; le Dr Buizard, secrétaire général de la Société des chirurgiens de Paris; le Dr Decourt, président de la Société internationale des médecins.

### Conseil supérieur de l'Instruction publique

M. le Pr Ségalas vient d'être élu membre du Conseil supérieur de l'Instruction publique comme représentant des Facultés de médecine et Facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

### Médaille commémorative du centenaire de Belgique

La médaille commémorative du centenaire est décernée aux médecins ci-après désignés :

MM. Bruyère (J.), Lacomble (J.), Lomry (P.) Rigaud (F.) et Vanden Branden (F), docteurs-inspecteurs principaux; Guldentops, docteur-inspecteur; Lallemand, docteur en disponibilité; Vermeren, médecin du service de santé au port de Selzaete; D'Hooge, médecin de l'état civil à Anvers; De Neeff, chirurgien des postes de secours à Anvers; Bogaerts (C.), Dufort (G.) et Peeters, médecins de l'état-civil à Bruxelles; Loriers, médecin de l'état-civil à Hévcrlé.

### Fondation A. Chauveau

Nous rappelons qu'il a été créé auprès de la Faculté de médecine de Lyon une Fondation Chauveau de 50.000 francs dont les revenus sont destinés à récompenser par un prix annuel de 2.000 francs alternativement des travaux scientifiques vétérinaires ou médicaux, ou à soulager des infortunes sociales dans les deux professions.

Le 15 décembre prochain prendra fin le délai d'envoi au secrétariat de l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon, 2, quai Chauveau, Lyon (Ve), des mémoires, ouvrages ou documents divers présentés par des vétérinaires français (Métropole ou colonies) candidats au prix Chaveau de 1931.

Le prix (2.000 francs) sera décerné cette année par la Société des sciences vétérinaires de Lyon et récompensera le meilleur travail ayant trait à l'anatomie, la physiologie normale ou pathologique, la bactériologie, la pathologie générale ou infectieuse des animaux domestiques dont l'auteur sera un vétérinaire.

### Ministère des Colonies

M. le Dr Fribourg-Blanc, médecin commandant, professeur au Val-de-Grâce est nommé membre de la Commission consultative d'assistance et d'hygiène mentale au ministère des Colonies.

*Le gérant :* J.-B. BAILLIÈRE

# DERNIÈRES NOUVELLES

## Nécrologie

Le Dr Donald Macphall, ancien chirurgien de l'Alexander Hospital de Cambridge, décédé à l'âge de 78 ans. — Le Dr Apostolidès (de Saint-Mards en Othe, Aube), décédé à l'âge de 43 ans. — Le Dr Bousseau (de Coulibeuf, Calvados), décédé à l'âge de 52 ans. — Le Dr Cunnac (d'Osséja, Pyrénées-Orientales), décédé à l'âge de 49 ans. — Le Dr Georges Durieux (de Ribérac). — Le Dr Eugène Guérin (de Paris), décédé à l'âge de 63 ans. — Le Dr Louis Kocher.— Le Dr Labbé (de Saint-Servan). — Le Dr Joseph-Charles Ph. Devroye (de Saint-Gilles, Bruxelles), décédé à l'âge de 74 ans, officier de l'Ordre de Léopold II, chevalier de l'Ordre de la Couronne; père de M. le Dr Maurice Devroye. — Le Dr Kent-Gazet, médecin consultant à Aix-les-Bains. — Madame veuve Louis Crousse, mère de M. le Dr René Crousse (de Bruxelles). — M. Jules Tienrien, beau-père de M. le Dr Cyrille Clayes. — Le Dr Auguste Rondas (de Wavre). — M. Paul Cuau, beau-père de M. le Dr Maurice Benoit — Madame Alphonse Lamare, mère de M. le Dr Alphonse Lamare, de M le Dr Jean-Paul Lamare. — M. Fernand Bing, chevalier de la Légion d'honneur, beau-pére de M. le Dr Levy-Daras. — Madame Durand de Lunel, belle-mère de M. le Dr Edmond Greiner. — M. Th. Chalot, père de M. le Dr H. Chalot. — M. Pierre Caillol, interne des hôpitaux de Montpellier. — Le Dr Gustave Le Bon, grand officier de la Légion d'honneur, directeur de la Bibliothèque de philosophie scientifique. — Le Dr Léon Diffre, décédé à l'âge de 73 ans, ancien interne des hôpitaux de Montpellier. — Le Dr Dupuy (de Poulaines, Indre). — Madame Lucie Palisseau, grand-mère de M. le Dr Albert Jacquet. — Madame Jean Bastié, femme de M. le Dr Jean Bastié, médecin chef des asiles, fille de M. le Dr Rémy Orliac. — Mademoiselle Nicole Rosnoblet, fille de M le Dr Rosnoblet (de Lyon).

## Mariages

M le Dr Marcel Blondin-Walter, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, et Mlle Hélène Périer. — Mlle Ghislaine Devroye, fille de M. le Dr Gustave Devroye (de Sart-Dame-Avelines), et M. Jules Lefebvre (de Quenast). — Mlle Yvonne Watelet, fille de M le Dr Abel Watelet, et M. Emmanuel Chateau — M le Dr Michel Frœnkel (de Paris) et Mlle Madeleine Dubart.— M. le Dr Louis Dambrin, fils de M. le Pr Dambrin (de Toulouse), et Mlle Marguerite Sans. — Mlle Lydie Guinard, fille de M. le Dr Louis Guinard, médecin directeur des sanatoriums populaires de Paris, officier de la Légion d'honneur, et M. le Dr Raymond Auriacombe.— M. le Dr Achille Torck, ancien interne des hôpitaux de Lille, et Mlle Simone Lainé. — M. le Dr Paul Lohéac, ancien chef de clinique à la Faculté libre de médecine de Lille, fils de M. le Dr Joseph Lohéac, ancien interne des hôpitaux de Lille, et Mlle Anne-Marie Lefebvre. — M. le Dr Raymond Mahon, chef de clinique à la Faculté de médecine de Bordeaux, fils de M. le Dr Mahon, médecin directeur de l'Asile d'aliénés de Mont-de Marsan, et Mlle Marie-Antoinette Flons. — Mlle Lucien Coriat, fille de M. le Dr Léon Coriat, et M. Daniel Hauser

## Fiançailles

M. le Dr Raoul Duranton, médecin consultant à Vichy, et Mlle Geneviève Favier. — Mlle Odette de Gorsse, fille de M. le Dr Bertrand de Gorsse, médecin à Luchon, officier de la Légion d'honneur, et M. Adrien Grandidier — M. Paul Vincent, externe des hôpitaux, fils de M. le Dr Georges Vincent

## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

(de Tours), et M^lle Marie-Aimé Valette. — M. Marcel Ledoux, fils de M le D^r S. Ledoux, et M^lle Marthe Corenflos. — M. Gérard Ledoux, fils de M. le D^r S. Ledoux, et M^lle Suzanne Duflos. — M^lle Ginette Spillmann, fille de M. le P^r Louis Spillmann, doyen de la Faculté de médecine de Nancy, et M. Paul Françin, inspecteur des finances.

### Hôpitaux de Paris

**Concours de l'internat en médecine de Brévannes, Hendaye et Champrosay.** — *Epreuve écrite.* — Questions données : Configuration extérieure et rapports du péricarde. - Formes cliniques de la tuberculose intestinale (rectum excepté). — MM. Vautier, 16; Marcy, 22; Opolon, 14; Aschkenasy, 18; Giraud, 25; Leconte (André), 26; Salamon, 18; Borde, 20; Rotenstein, 18; Laroche, 26; Leconte (Maurice), 25; M^lle Danzig, 26.

**Concours des prix de l'internat (section de médecine).** — *Notes attribuées aux mémoires.* — MM. Augier, 18; Derot, 18; Desoille, 18; Even, 18; Lereboullet, 19; Lièvre; 19; Pommeau-Delille, 18; Soulié, 20; Thiebaut, 18; Weil (Jean), 19.

*Epreuve écrite anonyme.* — Cancer primitif du foie. - Mécanisme régulateur de la pression artérielle. — MM. Soulié, 29; Lièvre, 26; Lereboullet, 27; Weil, 28.

*Consultation écrite anonyme.* — MM. Lerebollet, Weil, Lièvre, Soulié, 20,

*Classement.* — MM. Soulié, 69 points, médaille d'or; Weil (Jean), 67 points, médaille d'argent; Lereboullet, 66 points, accessit.

**Services d'oto rhino-laryngologie.** — M. le P^r Lemaître prend le service de l'hôpital Lariboisière, et M. Halphen celui de l'hôpital Saint-Louis.

M. Ramadier assurera dorénavant la consultation de la Pitié; M. Bouchet, celle de l'hôpital Ambroise Paré; M. L. Leroux, celle de l'hôpital Cochin; et M. Aubry, celle de l'hôpital Hérold.

**Mutation des chirurgiens des hôpitaux.** — 1° à l'hôpital Boucicault (D^r Dujarier, décédé) M. le D^r Labey, de l'hôpital Lariboisière; à Lariboisière, M. le D^r Cadenat, de l'hôpital Saint-Louis; à l'hôpital Saint-Louis, M. le D^r Moure, de la Maison municipale de santé; à la Maison municipale de santé, M. le D^r Guimbellot, titularisé,

2° à l'hôpital Saint-Antoine (D^r Lapointe, limite d'âge) M le D^r Bréchot, de l'hôpital Broussais; à l'hôpital Broussais, M le D^r Mondor, titularisé.

3° à l'hôpital Saint-Louis (D^r Mouchet, limite d'âge) M. le D^r Martin, de l'hospice d'Ivry; à l'hospice d'Ivry, M. le D^r Deniker, titularisé.

4° à l'hôpital Lariboisière (D^r Marion, limite d'âge) M. le D^r Heitz-Boyer, de l'hôpital Saint-Louis; à l'hôpital Saint-Louis (urologie) M. le D^r Gouverneur, titularisé.

5° à l'hôpital Bichat (1^er service nouveau) M. le D^r Kuss, de l'hôpital de la Charité.

6° à l'hôpital Bichat (2^e service nouveau) M. le D^r Capette, titularisé.

**Mutations des oto-rhino-laryngologistes.** — A l'hôpital Saint-Louis (D^r Lemaître, nommé professeur de clinique d'oto-rhino-laryngologie à Lariboisière) M. le D^r Halphen, titularisé.

**Mutations des accoucheurs, chefs de service.** — A l'hôpital Boucicaut (D^r Le Lorier) M. le D^r Ecalle, de l'hôpital Tenon; à l'hôpital Tenon (D^r Ecalle) M. le D^r Guéniot, titularisé.

**Nomination des médecins des consultations de l'annexe de l'hôpital Bichat.** — Deux consultations, l'une de médecine générale (adultes), l'autre de médecine infantile ouvriront le 15 janvier 1932 à l'annexe de l'hôpital Bichat, (boulevard Ney).

Les médecins de ces deux consultations seront désignés, à la suite d'un concours sur titres, parmi les docteurs en médecine de nationalité française ayant accompli 4 années d'exercice en qualité d'internes des hôpitaux.

Les inscriptions en vue de ce concours seront reçues à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), à partir du 26 décembre 1931 au janvier 1932 inclusivement, entre 14 et 17 heures.

### Faculté de médecine de Paris

**Vacances de Noël et du jour de l'An.** — La Faculté (bibliothèque, cours travaux pratiques et examens) sera fermée du jeudi 24 décembre 1931 au 3 janvier 1932 inclus

Les bureaux du Secrétariat seront fermés les jeudi 24, vendredi 25, samedi 26, mercredi 30, jeudi

## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

31 décembre 1931. Vendredi 1er, samedi 2 janvier 1932.

### Conseil supérieur de l'Instruction publique

Par arrêté du 14 décembre 1931, sont nommés pour quatre ans, membres de la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique :

MM. Balthazard, doyen de la faculté de médecine; Bédier, administrateur du Collège de France; Busson, Pr au lycée Carnot, délégué des agrégés d'histoire; Gay, directeur de l'école normale d'instituteurs de la Seine, délégué de l'enseignement primaire; Guérin, doyen de la faculté de pharmacie; Picard, secrétaire perpétuel de l'académie des sciences, délégué de l'Institut.

### Académie de médecine

M. Bertrand a été nommé membre de l'Académie de médecine dans la section de pharmacie en remplacement de M. Grimbert, décédé.

### Faculté de médecine de Montpellier

**Concours du clinicat chirurgical.** — M. le Dr André Guibal est nommé chef de clinique chirurgicale; M. le Dr Lonjon est nommé chef de clinique chirurgicale.

**Concours du clinicat des maladies nerveuses.** — M. le Dr Vidal est nommé chef de clinique des maladies mentales et nerveuses.

**Concours du clinicat médical.** — M. le Dr Pierre Rimbaud est nommé chef de clinique médicale.

**Concours du clinicat obstétrical.** — M. le Dr André Balla est nommé chef de clinique obstétrical.

**Concours du clinicat ophtalmologique.** — M. le Dr Temple a été nommé chef de clinique ophtalmologique.

**Elections.** — M. le Pr Etienne a été proposé pour la chaire de clique chirurgicale infantile; M. le Pr Lapeyre pour la chaire de clinique gynécologique; M. le Pr agrégé Lamarque pour la pérennisation dans ses fonctions d'agrégé de physique.

M. le Pr Bosc a été élu membre du Conseil de l'Université, en remplacement du regretté Pr Ducamp. Nos félicitations à l'éminent maître.

Ont été désignés pour remplir les fonctions de chefs de travaux pour l'année scolaire 1931-1932 :

M. le Dr Emile Carrère pour la microbiologie, et M. le Dr Hervé Harant pour l'anatomie pathologique.

En outre, sont renouvelés au poste de chefs de travaux : MM. les Prs Eugène Cabannes pour l'histoire naturelle, François Granel pour l'histologie, Marcel Carrieu pour l'hygiène, Louis Hédon pour la physiologie, Jean Coll de Carrera pour l'obstétrique, Cristol pour la chimie biologique, et Laux pour l'anatomie.

**Diplôme d'hygiène.** — Les épreuves de ce concours ont eu lieu le 10 novembre 1931. Le jury était composé de MM. les Prs Moye, Bertin-Sans, Blayac, Carrieu, Carrère et Mousseron.

Ont été reçus MM. Camo et Fuminier. Nos félicitations.

**Diplôme sanitaire maritime.** — Ont été reçus : MM. Camo, Fuminier et Temple. Nos félicitations.

### Académie des Sciences.

Ayant été élu récemment vice-président de l'Académie des Sciences pour 1932, le professeur Charles Richet présidera, selon l'usage, les travaux de la savante Compagnie en 1933.

### Ecole de médecine d'Angers

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et clinique médicales s'ouvrira le mercredi 15 juin 1932, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

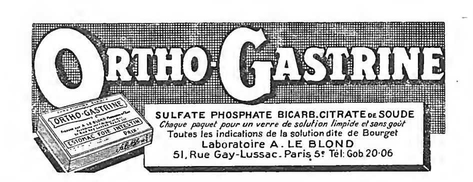
Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de physique et de chimie s'ouvrira le mercredi 15 juin 1932, devant la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école de médecine d'Angers s'ouvrira le jeudi 16 juin 1932, devant la faculté de médecine de l'université de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.




# DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

## Hôpitaux de Bordeaux

**Concours de l'internat en médecine.** — Classement définitif. — Sont proposés comme : *Internes titulaires*. — 1. Duffard, 49 1/4; 2. Nancel-Pénard, 46 1/2; 3. Dormaillacq, 46 1/4; 4. Cornette de Saint-Cyr, 45 3/4; 5. Grenet, 43 3/4; 6. Verger, 43 1/2; 7. Dutrénit, 43 1/2; 8. Ferrand, 41; 9. Sentenac, 41; 10. Beaumont, 40 3 4.

*Internes provisoires* — 1. Jaulain, 40; 2. Georget, 38 1/2; 3. de Boucaud 37 1/2; 4. Corcelle, 36 3/4; 5. Lummau, 36; 6. Deprecq, 35 1/2; 7. Depiéris, 35 1/2.

**Concours de l'externat.** — *Externes titulaires des hôpitaux.* — MM. Cardinaud, Tran-Cong-Lang, Duvergey, Lafon, Personne, de Lachaud, Mlle Lafitte, MM. Langlois, Turon, Pinson, Feilliard, Puech, Ramirez del Villar, Labarthe, Valat, Leger, Marcoux, Baron, Julien Labruyère, Mingasson, Caro, Poinot, Bouriand, Magenc, Le Bras, Caillet, Le Lourd, Auriae, Perpère, Laporte, Mauric, Melence, Carrère, De Lostalot-Bachoue. Le Blouch, Geniaux, Duhart, Fougerat, Hebraud, Carel, Leonetti, Salle, Marton, Bache, Cros, Quiniou, Larrie, Le Goff, Castéra, Sappey, Aubert, Daraignez, Delaunay, Bergues, Forgeaud, Hodoyer.

**Concours de l'internat en pharmacie.** — a) *Internes titulaires en pharmacie de 1re année.* — Mlle Graupeau, M. Kergounon, Mlle Chaussat, M. Pochard, Mlle Cazaux, MM. Souterbicq, Couraud, Raynaud.

b) *Internes provisoires en pharmacie.* — Mlles Gourvest, Cabana, M. Germain, Mlle Deve, M. Regner.

M. le Dr Beauvieux, oculiste adjoint, est nommé oculiste titulaire des hôpitaux et affecté à l'hôpital-hospice des Enfants, en remplacement de M. le Dr Cabannes.

M. le Dr Cabannes, oculiste des hôpitaux, atteint par la limite d'âge, est nommé oculiste honoraire des hôpitaux. Il lui sera remis une médaille commémorative de ses services hospitaliers.

## Hôpitaux militaires.

Un concours s'ouvrira en 1932 pour l'obtention du titre d'« assistant des hôpitaux militaires ».

Le nombre et la nature des emplois mis au concours en 1932 sont fixés comme suit :

*Médecine :* 3; 2 à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce à Paris; 1 à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon,

*Chirurgie :* 6; 2 à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce à Paris; 1 à l'hôpital militaire de Talenee; 1 à l hôpital militaire Maillot, à Alger; 2 à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon.

*Bactériologie :* 2; 1 au laboratoire de bactériologie de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris; 1 au laboratoire de bactériologie de l'hôpital militaire Desgenettes, à Lyon.

*Electroradiologie* : 3; 2 à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris: 1 à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon.

La durée des foctions des assistants des hôpitaux militaires de ces différentes catégories nommés à ce concours est fixée à trois ans. Elle commencera à dater du 2 Novembre 1932.

En exécution de l'article 1er du décret du 24 Novembre 1924, sont seuls admis à prendre part à ce concours, les médecins capitaines compris dans la deuxième moitié de la liste d'ancienneté de leur grade, établie au 1er Janvier 1932.

Le nom du médecin capitaine commençant la deuxième moitié de cette liste sera publié ultérieurement.

Les candidats qui en feront la demande seront autorisés à concourir dans deux sections au plus de ce concours. mais ils ne pourront recevoir, le cas échéant, le titre d'assistant des hôpitaux militaires que dans une seule des catégories qui sera fixée par le ministre, compte tenu des intérêts du service.

A. *Epreuves anonymes d'admissibilité.* — Les épreuves auront lieu au chef-lieu de région (hôpital ou salles militaires de l'hospice mixte) et à Paris et à Lyon, aux hôpitaux militaires d'instruction du Val-de-Grâce et Desgenettes, à huit heures, aux dates fixées ci-après :

*Section médecine*, 1re épreuve, 4 Avril 1932, 2e épreuve, 5 Avril 1932. — Section chirurgie, 1re épreuve, 6 Avril 1932; 2e épreuve, 7 Avril 1932. — Section Bactériologie, 1re épreuve 8 Avril 1932; 2e épreuve, 9 Avril 1932. — Section électroradiologie, 1re épreuve, 11 avril 1932; 2e épreuve, 12 Avril 1932.

B. *Epreuves définitives.* — Ces épreuves auront

lien à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à partir du 1er Juin 1932.

Les demandes des médecins capitaines en vue d'obtenir l'autorisation de prendre part à ce concours devront parvenir au ministre de la guerre, direction du service de santé (1er bureau — Personnel), avant le 1er Février 1932 au plus tard, en indiquant la ou les sections choisies, et en donnant la liste, par ordre de préférence, des emplois auxquels ces médecins capitaines désireraient être affectés en cas de succès.

Les avis hiérarchiques devront non pas se borner à une simple transmission favorable, mais être circonstanciés et accompagnés de toutes indications et références.

## 6e Bal de la médecine française

Ce bal organisé par la Société de secours mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins (F. E. M.) aura lieu le lundi gras 8 février 1932 dans les salons de la Mutualité, 24, rue Saint-Victor.

A 22 heures 30 soirée artistique avec le concours de vedettes parisiennes. Revue des actualités médicales, composée et interprétée par les étudiants en médecine de Paris.

A minuit, souper servi sous la direction de Dr de Pomiane (de l'Institut Pasteur) et de Madame Henri Labbé.

Trois orchestres.

Enveloppes-surprises vendues au cours de la soirée: un lot par enveloppe.

Prix des places: Bal et soirée artistique, 70 francs; bal, 50 francs; Jeunes gens, jeunes filles, étudiants, bal seulement, 25 francs.

Souper : 40 francs. S'inscrire d'avance chez Mme Henri Labbé, 52, avenue de Saxe (15e, téléphone : Ségur 89-16 (de 9 heures à midi).

On trouve des cartes de bal : au siège de la Société F. E. M., 95, rue du Cherche-Midi (6e), téléphone : Littré, 48-12; à la maison de la Mutualité, 24, rue Saint-Victor (5e); chez les membres du Comité.

## Légion d'honneur

Est nommé :

*Au grade d'officier :* M. Pépy, ancien médecin aide-major de 1re classe.

## Officier d'Académie

M. le médecin lieutenant-colonel Donier, à Paris.

## Officiers de l'Instruction publique

MM. Angelier, médecin chef de l'Ecole nationale des Arts et Métiers de Cluny; Gunsett et Keller, chargés de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg; Lebeaux, secrétaire de l'Ecole de plein exercice de Rennes; Robardey, commis au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris.

## A la mémoire de M. Pissavy

L'inauguration du médaillon qui sera érigé à la mémoire du Dr Alexis Pissavy au dispensaire de l'hôpital Cochin (27, rue du faubourg Saint-Jacques) aura lieu le dimanche 20 décembre 1931, à 10 h. 30

## Monument du Dr Duvernay

Sur l'initiative des malades reconnaissants et sous la présidence de M. le Pr R. Leriche s'est constitué un Comité qui se propose d'élever à Aix-les-Bains un monument au regretté Dr Louis Duvernay. Il sera, en outre, si la souscription le permet, créé une fondation de lits pour malades indigents à l'hôpital d'Aix-les-Bains où le Dr Duvernay a assuré le service de chirurgie pendant vingt-cinq ans et qui portera son nom.

Prière d'adresser les souscriptions à M. Domenget, adjoint au maire, trésorier, 3, place Carnot, à Aix-les-Bains (Savoie). Compte courant chèque postal, Lyon 520-68.

## Hôpitaux de Lyon

**Bal de l'internat** — Samedi 28 novembre a eu lieu au Lugdunum-Palace le bal annuel de l'Association générale de l'internat des Hospices civils de Lyon. Le succès a été complet et le contrôle a donné le chiffre de douze cents entrées.

Le nouveau président de l'Association, le Dr Laroyenne, recevait les invités, entouré du Dr Milhaud, secrétaire général, et du Dr Gaudon, trésorier.

## Dîner de l'Association de la Presse médicale française

Le 9 décembre, au restaurant Ledoyen, les membres de l'Association de la Presse médicale française ont eu leur dîner de rentrée. Il était présidé par M. François Latour, président du Conseil municipal.

## Dispensaire d'hygiène sociale de la Sarthe.

Un concours sur titres, en vue de la nomination d'un médecin spécialisé chargé des dispensaires d'hygiène sociale de la Sarthe, sera ouvert du 1er décembre 1931 au 10 janvier 1932.

Le traitement de début attaché à cette fonction est fixé à 43 000 francs.

Les dossiers des candidats devront être adressés au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, à Paris (VIe), avant le 10 janvier 1932.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au secrétariat de l'Association départementale d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse, à la Préfecture du Mans.

## Dispensaire public départemental d'hygiène sociale des Pyrénées-Orientales.

Un concours sur titres pour l'emploi de médecin spécialisé du dispensaire public départemental d'hygiène sociale des Pyrénées-Orientales, service anti-

## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

tuberculeux, est ouvert du 5 Décembre 1931 au 12 Janvier 1932.

Les candidats devront être Français, âgés de 25 ans au moins et de 45 ans au plus, munis du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat) et du diplôme d'un Institut d'Hygiène de Faculté française. Ils devront avoir satisfait la loi militaire. La limite d'âge ci-dessus est reculée d'un temps égal à la durée des services antérieurs, civils ou militaires.

Les candidats devront établir leur demande sur papier timbré et l'adresser avant le 12 Janvier 1932 à M. le président du Conseil d'administration du dispensaire public départemental d'hygiène sociale à Perpignan, 2, rue Petite-la-Monnaie, avec le dossier comportant les pièces ci-après :

1° Adresse exacte à laquelle la décision d'acceptation ou de rejet de candidature devra être envoyée;

2° Acte de naissance;

3° Copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine;

4° Extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date;

5° Certificat établissant la situation du candidat au point de vue militaire;

6° Exposé des titres, travaux, états de service et références notamment en phtisiologie, laryngologie et radiologie;

7° Principales publications;

8° Engagement formel pour le cas où il serait nommé de renoncer à faire de la clientèle et de se consacrer uniquement à ses fonctions; de ne prétendre, par conséqeent à aucune fonction ou mandat public;

9° Engagement en cas de nomination de rester en fonction dans le département pendant une durée minimum de trois ans;

10° Engagement en cas de démission ou de nomination à un nouveau poste, après le délai de trois ans ci-dessus indiqué, de continuer à assurer son service dans le département des Pyrénées-Orientales, pendant trois mois au minimum;

11° Engagement de ne pas s'installer dans le département des Pyrénées-Orientales, en cas de cessation de fonction, pendant une période de trois ans à dater de cette cessation.

Le registre portant inscription des candidatures sera irrévocablement clos le 12 Janvier 1932,

Le candidat désigné pour remplir les fonctions ci-dessus prendra son service à partir du 1^er Février 1932 et sera immédiatement titularisé.

En outre du service antituberculeux du dispensaire, ce médecin sera chargé des services d'hygiène publique à la préfecture.

Le traitement est fixé à 50.000 francs par an, avec augmentation de 3.000 francs tous les trois ans, jusqu'à concurrence de 62.000 francs; une indemnité annuelle de 20.000 francs est en outre prévue pour les frais de déplacement.

### Inauguration de l'Hôtel Chambon (Hôtel des Syndicats médicaux français) et commémoration du cinquantième anniversaire de la création des Syndicats médicaux français

Cette double cérémonie aura lieu à l'hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi, Paris V^e, le samedi 19 décembre 1931, à 17 heures, au cours de l'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux, dans la grande salle des séances sous la présidence de M. Paul Doumer, Prédident de la République et en présence de M. Landry, ministre du Travail et de M. Blaisot, ministre de la Santé publique.

*Le gérant :* J.-B BAILLIÈRE

# DERNIÈRES NOUVELLES

## Nécrologie

Le Dr Henri Carret (de Lyon). — Le Dr Fournaise (de Brunstatt, Haut-Rhin). — Le Dr François, décédé à Nancy. — Le Dr Kouteschweller (de Paris). — Le Pr Krystalowicz, président de la Société de dermatologie de Pologne. — Le Dr Maurice Pierre (de Mulhouse). — Le Dr Pierre Fayollat (de Saint-Martin d'Hères). – Le Dr Lebour (de Montoir). — Le Dr Marc Bridel, professeur au Muséum d'histoire naturelle, pharmacien en chef de l'hôpital Lariboisière. — Le Pr Nicolas Léon, ancien doyen de la Faculté de médecine et recteur de l'Université de Jassy. — Dr Gabriel Félissent (de Quincié, Rhône). — Dr Le Alphonse Delétrez, chef de service de l'Institut chirurgical de Bruxelles dont il fut le créateur en 1892, membre de l'Académie royale de médecine de Belgique, commandeur de l'Ordre de la Couronne, officier de l'Ordre de Léopold. — Le Dr Henkaerts (d'Ans).

## Fiançailles

M. le Dr Vincent Paschetta, électroradiologiste des hôpitaux de Nice, fils de M. le Dr Ch. Paschetta, chef des services d'électroradiologie des hôpitaux de Nice, président de la Société de radiologie du Littoral méditerranéen, avec Mlle Germaine Goiran.

## Hôpitaux de Paris

**Concours de l'internat en médecine de Brévannes, Hendaye et Champrosay.** — *Epreuve orale.* — Séance du 18 décembre. — MM. Opolan, 12; Leconte (André), 11; Laroche, 19; Mme Danzig, 16; MM. Leconte (Maurice), 15; Giraud, 15.

Séance du 16 décembre. — MM. Salomon, 10; Vautier, 15; Aschkenasy, 12; Borde, 17; Marcy, 17; Rotenstein, 15.

## Faculté de médecine de Nancy

**Prix 1931.** — *Prix de fin de 1re année :* Prix non décerné; *Mention très honorable :* Chevillot Marc, Jules, Léon, de Pont-à-Mousson (Meurthe-et-Moselle); *Mention honorable :* Penin Jean, de Nancy (Meurthe-et-Moselle).

*2e année :* Prix Blum Michel, de Thann (Haut-Rhin).

*3e année :* Prix Weisz Joseph, de Koszyce-Wielkie (Pologne).

*4e année :* Prix non décerné.

*5e année :* Prix Boron René, de Beaucourt (Territoire de Belfort).

**Prix de fondation.** — *Prix Bénit :* (dit de l'internat) : André Hyacinthe, Albert, Pierre, de Nancy (Meurthe-et-Moselle).

*Prix Pierre Schmitt :* (décerné à l'interne reçu le premier au concours) : Grumillier Henri, de Mourmelon-le-Grand (Marne).

*Prix Grandeury Fricot :* Dr Hambert Henri, de Champagney (Haute-Saône).

*Prix Vautrin :* 1er : Dr Bodart André, de Onville (Meurthe-et-Moselle); 2e : Dr Lonyot Jean, (de Nancy (Meurthe-et-Moselle).

*Prix Heydenreich-Parisot :* Cuénot Alain, Jean, de Nancy (Meurthe-et-Moselle).

*Prix Rohmer :* Dr Barberousse Étienne, de Bléneau (Yonne).

*Prix de fin d'études dentaires :* 1er : Vouriot Maurice, de Thonnance-les-Joinville (Haute-Marne); 2e : Laprévote Vincent, Paul, de La Neuveville-les-Raon (Vosges).

**Prix de thèse.** — (Subventions du département de Meurthe-et-Moselle et de la Ville de Nancy).

1er Prix æquo : Mosinger Michel, Guillaume, de Clervaux (Grand Duché de Luxembourg); Bleicher Maurice, de Aix-les-Bains (Savoie).

# DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

*Fondation Schemel* : 2e Prix æquo : Weiss Jacques, de Nancy (Meurthe-et-Moselle) ; Mlle Hennequin Louise, de Colombotte (Haute-Savoie).

*Mention très honorable* : Nilus François, de Nancy (Meurthe-et-Moselle) ; Mlle Demange Marie-Louise, de Nancy (Meurthe-et-Moselle) ; Ségall Laurian, de Craiova (Roumanie) ; Grimaud René, de Vesoul (Haute-Saône).

*Mention honorable* : Thomas Charles, de Avon, (Seine-et-Marne) ; Simonin Jean, de Longuyon (Meurthe-et-Moselle) ; Polu Raymond, de Vigy (Moselle) ; Moustafoff Ismall Hake, de Kirdjali (Bulgarie).

## Faculté de médecine d'Athènes

M. le Dr Th. Sklayvounos a été nommé professeur d'histologie et d'embryologie.

## Faculté de médecine de Bucarest

M. le Pr Balacescu a été réélu doyen de la Faculté de médecine de Bucarest.

## Faculté de médecine de Jassy

M. le Dr Alexandre Cosacescu, maître de conférences à la Faculté de médecine de Bucarest a été nommé professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Jassy.

## Faculté de médecine de Montpellier

La chaire de thérapeutique et matière médicale de la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier est déclarée vacante.

## Faculté de pharmacie de Paris

M. Delépine, professeur au Collège de France, ancien professeur à la Faculté de pharmacie, est nommé professeur honoraire à ladite Faculté.

## École de médecine de Reims

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims s'ouvrira le jeudi 23 juin 1932, devant la Faculté de médecine de l'Université de Nancy.

## Faculté de médecine de Gand

M. Lauwers, Em.-E., est chargé de faire le cours de théorie et de pratique des opérations chirurgicales.

M. De Wilde, Valère, est chargé de faire les cours de pathologie et de thérapeutique buccales et de prothèse buccale.

M. Goormaghtigh, H., professeur extraordinaire, fera, en langue française, le cours de démonstrations macroscopiques d'anatomie pathologique.

## Ecole du Val-de-Grâce

Un concours s'ouvrira le 16 mai 1932, à 9 heures, à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, pour l'obtention du titre de professeur agrégé du Val-de-Grâce et pour trois emplois de professeur agrégé de médecine, un emploi de professeur agrégé de chirurgie.

En exécution de l'article 10 du décret du 10 février 1920, modifié les 21 octobre 1922, 1er et 4 juin 1923, 12 mai 1925, 12 avril 1926, 2 mai 1930 et 27 août 1931, seront seuls admis à ce concours les médecins commandants et les médecins capitaines ayant accompli, depuis leur sortie de l'Ecole d'application du Service de santé militaire, au moins deux ans de service dans un corps de troupe.

Les épreuves seront subies d'après le programme et dans les conditions déterminées par l'instruction du 13 janvier 1921, modifiée le 4 juin 1923.

Les demandes formulées par les médecins en vue d'obtenir l'autorisation de prendre part à ce concours seront revêtues de l'avis motivé des chefs de chaque candidat et adressées au ministre de la guerre (direction du service de santé, 1er bureau, personnel) avant le 1er avril 1932.

## Hôpital général d'Argenteuil

**Concours de l'internat.** — Questions posées :

*Ecrit.* — « Nerf radial sans les racines. — Complications du rhumatisme articulaire aigu. Signes, diagnostic, traitement. »

*Oral.* — « Crise appendiculaire aiguë. Signes, diagnostic, traitement. — Causes et traitement des hémoptysies. »

Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :




## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

Internes titulaires : MM. Forestier, Gros, Bataille, Barrère Cassagnet, Bousquet, Moutarmel.

Internes provisoires : MM. Pruvost, Robine, Sallé.

### Hôpitaux de Lyon

**Dispensaire général.** — Après concours, MM. les Drs Rousset, Savoye, Treppoz et Levrat ont été nommés médecins du dispensaire général.

**Concours de l'internat en pharmacie des hôpitaux de Lyon.** — Le concours de l'internat en pharmacie s'est terminé par les nominations suivantes :

1° Internes titulaires : MM. Perrot, Jouve, Dalmais, Burlet, Ollier, Moussier, Mlle Dessaignes, MM. Agnès, Champin, Mlle Bruel, MM. Paulant, Favre.

2° Internes provisoires : MM. Couzian, Boncompain, Mlle Cellière, MM. Jarricot, Montant, Pégon, Paclet, Chaumeau, Joët, Royet, Reffieuna.

### Hôpitaux de Marseille

Après concours, M. le Dr Salomon a été nommé chirurgien des hôpitaux.

### Hôpitaux de Rouen

**Concours de l'internat en pharmacie.** — Le 4 février 1932, un concours aura lieu à l'Hospice-Général, sous la présidence de l'un des membres de la Commission administrative des Hospices civils de Rouen.

Les épreuves se composeront : 1° de la reconnaissance de vingt produits de matière médicale pouvant comprendre des plantes ou parties de plantes fraîches ou sèches et de dix médicaments chimiques ou galéniques et d'une dissertation sur un produit de matière médicale choisi par le jury parmi ceux qui font partie de la reconnaissance.

2° D'une analyse microscopique, avec compte rendu écrit des résultats et procédés, ayant pour objet les trois opérations suivantes : *a*) recherche de falsifications d'un médicament; *b*) examen de sédiments urinaires; *c*) recherche de microbes pathogènes par l'examen direct.

3° D'une composition écrite sur trois questions ayant trait à la pharmacie chimique, la pharmacie galénique, la chimie biologique.

4° D'une épreuve d'analyses chimiques, avec compte rendu écrit des résultats et des procédés, portant sur les trois questions suivantes : *a*) essai d'un médicament; *b*) analyse d'une matière alimentaire; *c*) analyse d'un produit biologique.

Les mêmes épreuves seront traitées par tous les concurrents.

*Conditions d'admission au concours.* — Nul ne pourra être admis à concourir s'il n'est Français ou naturalisé Français. âgé de quarante-cinq ans au plus et pourvu du diplôme de pharmacien de première classe, délivré par le Gouvernement Français.

Les candidats devront :

1° Se faire inscrire au Secrétariat des Hospices Civils de Rouen, 1, rue de Germont (enclave de l'Hospice-Général) vingt jours avant la date du concours, soit au plus tard le 15 janvier 1932 avant midi. Ce délai est de rigueur.

2° Déposer : *a*) une demande portant engagement de se conformer aux règlements, faits ou à faire, des hôpitaux de Rouen, ainsi qu'aux dispositions législatives, instructions ou circulaires concernant la tenue des officines de pharmacie et la comptabilité matières des produits pharmaceutiques; *b*) une expédition de leur acte de naissance; *c*) une pièce établissant qu'ils sont Français ou naturalisés Français; *d*) un certificat de bonnes vie et mœurs; *e*) leur diplôme de pharmacien de 1re classe; *f*) une nomenclature de leurs titres et travaux avec, si possible, un exemplaire des publications et, en outre, une notice indicative des fonctions ou professions qu'ils ont pu exercer depuis l'obtention de leur diplôme; *g*) la justification qu'ils ont satisfait aux obligations de la loi militaire et, le cas échéant, leurs états de services.

Sur le vu de ces pièces, la Commission administrative statue sur l'admissibilité au concours. Sa décision est nodifiée aux candidats. Le concours est public.

### Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine

L'Assemblée générale du 2e semestre a eu lieu le dimanche 6 décembre, dans la grande salle de l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi; siège de la Confédération des Syndicats médicaux français

Elle était présidée par M. le Dr L. Boyer, président du syndicat, qui, dans une allocution fort applaudie, a fait ressortir combien les soins donnés dans les établissements de médecine sociale ne valaient pas les soins individuels du médecin de

## DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

famille; bien des malades hospitalisés, la moitié, peut-être, pourraient être avantageusement soignés à domicile.

Après les rapports annuels du Secrétaire général et du Directeur de l'Office de répression de l'exercice illégal, le premier montrant l'importance du travail effectué par les commissions syndicales, le second affirmant son énergique volonté de poursuivre tous ceux qui font de la médecine sans diplôme et qui, par suite, sont dangereux pour les malades, l'Assemblée générale a eu à se prononcer sur les diverses questions d'actualité touchant tant à la défense professionnelle qu'à l'exercice de la médecine.

C'est, d'abord, la stomatologie, branche de l'art médical, dont on réclame l'enseignement spécial dans les facultés de médecine, avec obligation d'études et obtention du diplôme de docteur en médecine.

Puis, c'est une protestation contre les projets fiscaux, concernant la patente médicale, pour laquelle on veut établir un droit fixe de base trop élevé (4.000 francs pour Paris); ensuite c'est l'affirmation de voir votée la loi Armbruster restreignant l'accession des étrangers au diplôme d'État donnant le droit d'exercer la médecine en France.

Une longue discussion a lieu ensuite, à propos du projet de création de centres de diagnostic réservés aux assurés sociaux.

Le S. M. S. demande : que le médecin praticien conserve le libre choix du spécialiste auquel il fait appel pour l'aider dans son diagnostic, que les caisses, si elles créent ces centres, y respectent pleinement les principes de la charte médicale adoptée par la Confédération et enfin que les assurés sociaux puissent continuer à être envoyés aux laboratoires privés patentés existant dans les grands centres et notamment à Paris.

L'Assemblée générale adopte ensuite les dispositions statutaires qui permettront aux spécialistes d'être représentés à la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine, puis nomme vingt membres de son Conseil d'administration pour 1932; parmi les nouveaux élus, figurent les docteurs Deniker et Brodin, du corps médical hospitalier, ce qui réalise le désir maintes fois exprimé, d'union de tout le corps médical du département de la Seine.

### Prix Alvarenga

*The College of physicians of Philadelphia* attribue, comme chaque année, le prix Alvarenga de 300 dollars qui sera décerné le 14 juillet prochain.

Ce prix sera remis à l'auteur du meilleur texte sur un sujet quelconque de médecine.

Le prix Alvarenga, pour 1931, a été attribué à M. Edgar S. J. King, de Melbourne, auteur de « la nature du Stroma de l'ovaire ».

Pour tous renseignements sur les conditions de ce concours, s'adresser à John H. Girvin, secrétaire, 19, South 22d Street, Philadelphia, U. S. A.

### Conseil supérieur de la Légion d'honneur

M. le médecin général Polin vient d'être nommé, par décret présidentiel, membre du Conseil de l'Ordre national de la Légion d'honneur.

### XI^e Congrès Roumain de neurologie

Le XI^e Congrès National de Neurologie et de Psychiatrie a eu lieu à Dicio San Martin.

Des rapports et communications ont été présentés par MM. les professeurs : Marinescu, Minca, Parhon; maîtres de conférences : Tomescu Petre, Draganescu; D^{rs} Odobescu, Baliff, Preda, Padeanu, Grigorescu, etc.

Le futur Congrès aura lieu en 1932 à Bucarest. M. le professeur Marinescu fera un rapport sur « Les réflexes conditionnels ».

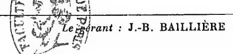
### Musée de l'armée

Le docteur Polaillon est nommé membre du Conseil d'administration du Musée de l'armée.

### Légion d'honneur

Est promu au grade de la Légion d'honneur :

M. le D^r Hogge, professeur à la Faculté de médecine de Liège, est nommé officier de la Légion d'honneur.



*Le gérant :* J.-B. BAILLIÈRE